

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) RUMAH
SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**



Oleh :

DEWI PUTRI SANDRAWATI NIM. 101611133070
RIZKI NUR AZIZAH NIM. 101611133106
AINUN AZIZAH RAMDHANI NIM. 101611133118
DINDA RIZKA SAFITRI NIM. 101611133127

**DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020**

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG DI KOMITE PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

Disusun oleh:

DEWI PUTRI SANDRAWATI NIM. 101611133070

RIZKI NUR AZIZAH NIM. 101611133106

AINUN AZIZAH RAMDHANI NIM. 101611133118

DINDA RIZKA SAFITRI NIM. 101611133127

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

Tanggal 03 Maret 2020

Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes.

NIP. 196902101994032002

Pembimbing di PPI RSU Haji Surabaya,

Tanggal 03 Maret 2020

Dwiono Mudjianto.,Ns.,M.Epid.

NIP. 197004181993021001

Mengetahui

Ketua Departemen Epidemiologi,

Tanggal 03 Maret 2020

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes.

NIP. 196811021998022001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas kasih sayangNya laporan pelaksanaan magang ini dapat tersusun. Laporan pelaksanaan magang ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akademis di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Laporan ini akan membahas salah satu kegiatan di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), yakni kelengkapan pengisian *bundles prevention* dan Surveilans HAIs. Laporan ini tidak akan berhasil disusun tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini kami mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Tri. Martiana, dr., M.S. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, selaku instansi tempat pelaksanaan magang
4. Dr. drg. Sri Agustina Ariandani, M.Kes selaku Direktur Utama RSUD Haji Surabaya
5. dr. Bambang Arianto, SpB selaku Ketua Komite PPI RSUD Haji Surabaya
6. dr. Arief Wijaya Rosli, SpA selaku Ketua Tim PPI RSUD Haji Surabaya
7. Bapak Dwiono Mudjiyanto, M.Epid.,Ns selaku pembimbing lapangan Tim PPI RSUD Haji Surabaya
8. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M. Kes. selaku dosen pembimbing akademik yang selalu memberi arahan dan masukan.
9. Jajaran pegawai di Tim PPI RSUD Haji Surabaya yang telah bersedia memberikan bimbingan, ilmu, dan pengalaman:
 - a. Ibu Sulistyorini, S.Kep.Ns
 - b. Mbak Whenny Irdiana, S.KM
 - c. serta IPCLN yang tidak mungkin disebutkan satu-persatu.
10. Teman-teman FKM yang khususnya magang di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya atas kerja-sama dan bantuannya selama ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan magang ini bermanfaat bagi kami maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 10 Februari 2020

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iii
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Tujuan.....	2
1.2.1. Tujuan Umum	2
1.2.2. Tujuan Khusus	2
1.3. Manfaat.....	3
1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa.....	3
1.3.2 Manfaat Bagi Institusi.....	3
1.3.3 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat	3
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	4
2.1 Definisi Rumah Sakit	4
2.2 Tujuan Rumah Sakit.....	4
2.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit.....	4
2.4 Konsep Dasar Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan.....	4
2.5 Definisi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	5
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	7
3.1 Rancangan Bangun Kegiatan Magang	7
3.2 Metode Pelaksanaan Magang.....	7
3.3 Jenis Kegiatan Magang	7
3.4 Waktu dan Lokasi.....	8
3.4.1 Waktu.....	8
3.4.2 Lokasi.....	8
3.5 Metode Pengumpulan Data Jadwal Pelaksanaan Magang	8
3.5.1 Data Primer	8
3.5.2 Data Sekunder.....	9
3.6 Jadwal Pelaksanaan Magang.....	9
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	10
4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	10
4.1.1 Sejarah Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.....	10

4.1.2	Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	11
4.1.3	Motto Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	11
4.1.4	Budaya Kerja Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.....	11
4.1.5	Keyakinan Dasar Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	12
4.1.6	Janji Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	12
4.1.7	Tujuan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.....	12
4.1.8	Sasaran Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	13
4.1.9	Kebijakan Mutu Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.....	13
4.1.10	Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.....	14
4.2	Gambaran Umum Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	15
4.2.1	Visi dan Misi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi	15
4.2.2	Program Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).....	15
4.2.3	Sasaran Program Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	16
4.2.4	Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	16
4.2.5	Sasaran Program Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSU Haji Surabaya	16
BAB V PENUTUP.....		17
5.1	Kesimpulan.....	17
5.2	Saran.....	17

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Program studi S1 Kesehatan Masyarakat adalah salah satu jurusan pada Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Airlangga Surabaya. Program studi Kesehatan Masyarakat memiliki tujuh peminatan, diantaranya yaitu Epidemiologi, Administrasi dan Kebijakan Kesehatan, Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku, Gizi Masyarakat, Biostatstika dan Kependudukan, Kesehatan dan Keselamatan Kerja, dan Kesehatan Lingkungan. Mahasiswa Kesehatan Masyarakat mendapatkan bekal keilmuan di bidang kesehatan yang bergerak dalam ranah promotif dan preventif melalui ketujuh bidang tersebut. Bekal ilmu tersebut sangat menunjang mahasiswa untuk terjun langsung ke masyarakat yang mana memiliki permasalahan kesehatan yang kompleks.

Mahasiswa Kesehatan masyarakat diarahkan pada salah satu dari ketujuh peminatan bidang tersebut untuk menyelesaikan skripsi dan pendekatan dunia kerja. Meskipun mahasiswa Kesehatan Masyarakat dipisah berdasarkan peminatan, mahasiswa Kesehatan Masyarakat FKM Universitas Airlangga tetap memiliki kompetensi yang utuh dalam ketujuh bidang tersebut sehingga memiliki fleksibilitas yang tinggi. Untuk dapat menerapkan ilmu di masyarakat, FKM telah mengembangkan program pembelajaran yang berdasarkan kurikulum diantaranya yaitu Kuliah Kerja Nyata (KKN), Praktek Kerja Lapangan (PKL), dan Magang wajib akademik.

Kegiatan magang merupakan pelaksanaan dari salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi yang bertujuan untuk memfasilitasi mahasiswa dalam mengaplikasikan pengetahuan yang didapat selama perkuliahan ke dalam dunia kerja. Kegiatan magang merupakan kegiatan mandiri mahasiswa yang dilakukan di luar lingkungan kampus guna mendapatkan kesempatan belajar dan menambah pengetahuan serta keterampilan tertentu yang dapat dipelajari melalui pengalaman langsung sesuai dengan bidangnya. Kegiatan magang dapat memupuk disiplin kerja dan profesionalisme dalam bekerja agar dapat mengenal dunia dan lingkungan kerja yang bermanfaat bagi mahasiswa setelah menyelesaikan kuliah. Magang juga penting bagi untuk diikuti oleh mahasiswa mengingat kebutuhan saat ini bukan hanya ilmu yang bersifat teoritis, melainkan juga diperlukan suatu kegiatan yang dapat menambah ilmu yang telah dipelajari sebelumnya pada saat kegiatan perkuliahan.

Kegiatan magang berarti melaksanakan apa yang menjadi fungsi, tugas, kewajiban, dan pekerjaan pokok dari institusi tempat magang yang relevan dengan keilmuan kesehatan masyarakat yang sangat diperlukan untuk menjadi seorang SKM (Sarjana Kesehatan Masyarakat) sehingga mahasiswa peserta magang diharapkan dapat membantu memecahkan masalah kesehatan yang mungkin sedang dihadapi oleh institusi magang tersebut. Berdasarkan tujuan tersebut, sebagai mahasiswa peminatan Epidemiologi Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga Surabaya memutuskan untuk memilih Rumah Sakit Umum Haji Surabaya sebagai tempat yang relevan untuk melaksanakan kegiatan magang.

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Dalam lingkup rumah sakit, PPI (Pencegahan dan Pengendalian Infeksi) merupakan suatu upaya kegiatan untuk meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit. Menurut Depkes RI menyatakan bahwa risiko infeksi di rumah sakit atau yang biasa dikenal dengan infeksi nosokomial merupakan masalah penting di seluruh dunia. Infeksi ini terus meningkat dari 1% di beberapa Negara Eropa dan Amerika, sampai lebih dari 40% di Asia, Amerika Latin dan Afrika. Melalui kegiatan magang di bagian Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Umum Haji Kota Surabaya diharapkan mahasiswa peserta magang mendapatkan pengalaman dan keterampilan di dunia kerja dalam menangani Infeksi Rumah Sakit.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Pelaksanaan magang ini bertujuan untuk memperoleh pengalaman, keterampilan, penyesuaian sikap dan penghayatan pengetahuan di dunia kerja dalam rangka memperkaya pengetahuan di bidang ilmu kesehatan masyarakat khususnya epidemiologi, serta melatih kemampuan bekerja sama dengan orang lain dalam satu tim sehingga diperoleh manfaat bersama baik di tempat magang maupun di instansi.

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mempelajari stuktur organisasi dan prosedur kerja di Rumah Sakit Umum Haji Kota Surabaya.
2. Mempelajari program pencegahan dan pengendalian infeksi yang dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Haji Kota Surabaya.

3. Mengidentifikasi masalah kesehatan di Rumah Sakit Umum Haji Kota Surabaya, membuat prioritas masalah kesehatan dan mencari alternatif solusi (*problem solving*) untuk pemecahan masalah kesehatan yang terdapat di Rumah Sakit Haji Kota Surabaya.
4. Mengikuti kegiatan di lapangan yang dilakukan oleh Rumah Sakit Umum Haji Kota Surabaya dan menerapkan konsep epidemiologi.

1.3. Manfaat

1.3.1 Manfaat Bagi Mahasiswa

1. Menambah pengalaman dalam menerapkan teori yang didapat di perkuliahan khususnya dalam bidang Epidemiologi.
2. Menambah pengalaman dan keterampilan kerja praktis untuk mempersiapkan diri dalam memasuki dunia kerja.
3. Mampu memahami kondisi di lapangan atau tempat kerja sesuai dengan formasi struktural dan fungsional yang ditetapkan.
4. Melatih untuk berkerjasama dan memecahkan masalah bersama dalam sebuah kelompok tim.

1.3.2 Manfaat Bagi Institusi

1. Memberikan masukan terhadap permasalahan yang ada khususnya mengenai kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.
2. Memberikan alternatif solusi (*problem solving*) terhadap permasalahan yang ada khususnya mengenai kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi rumah sakit.

1.3.3 Manfaat bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

1. Sebagai bahan masukan dan evaluasi bagi pelaksanaan program belajar mengajar.
2. Sebagai bahan evaluasi dan acuan untuk pelaksanaan program magang selanjutnya.
3. Menambah kepustakaan, bahan bacaan dan referensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut UU nomor 44 tahun 2009, Definisi rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.2 Tujuan Rumah Sakit

Menurut UU no. 44 Tahun 2009, Rumah sakit memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah sakit.

2.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas, Rumah sakit mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penampisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.4 Konsep Dasar Infeksi Terkait Pelayanan Kesehatan

Infeksi merupakan suatu keadaan yang disebabkan oleh mikroorganisme patogen, dengan/tanpa disertai gejala klinik. Ada serangkaian proses yang terjadi hingga infeksi itu timbul. Rangkaian kejadian ini biasa disebut dengan rantai Infeksi (*chain of infection*). Dalam melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan

efektif, perlu dipahami secara cermat rantai infeksi. Apabila satu mata rantai diputus atau dihilangkan, maka penularan infeksi dapat dicegah atau dihentikan. Enam komponen rantai penularan infeksi, yaitu:

- a) Agen infeksi (*infectious agent*) adalah mikroorganisme penyebab
- b) *Reservoir* atau wadah tempat/sumber agen infeksi dapat hidup, tumbuh, berkembang-biak dan siap ditularkan kepada pejamu atau manusia.
- c) *Portal of exit* (pintu keluar) adalah lokasi tempat agen infeksi (mikroorganisme) meninggalkan *reservoir* melalui saluran napas, saluran cerna, saluran kemih serta transplasenta.
- d) Metode transmisi/cara penularan adalah metode transport mikroorganisme dari wadah/*reservoir* ke pejamu yang rentan. Ada beberapa metode penularan yaitu kontak langsung dan tidak langsung, *droplet*, *airborne*, melalui vehikulum (makanan, air/minuman, darah) dan (5) melalui vektor (biasanya serangga dan binatang pengerat)
- e) *Portal of entry* (pintu masuk) adalah lokasi agen infeksi memasuki pejamu yang rentan
- f) *Susceptible host* (Pejamu rentan) adalah seseorang dengan kekebalan tubuh menurun sehingga tidak mampu melawan agen infeksi.

2.5 Definisi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyebutkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada suatu kelompok.

Berdasarkan sumber infeksi, maka infeksi dapat berasal dari masyarakat/komunitas (*Community Acquired Infection*) atau dari rumah sakit (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*). Penyakit infeksi yang didapat di rumah sakit beberapa waktu yang lalu disebut sebagai Infeksi Nosokomial (*Hospital Acquired Infection*). Saat ini penyebutan diubah menjadi Infeksi Terkait Layanan Kesehatan atau "*HAIs*" (*HealthcareAssociated Infections*).

HAIs merupakan infeksi yang terjadi pada pasien selama perawatan di rumah sakit dimana ketika masuk tidak ada infeksi dan tidak dalam masa inkubasi, termasuk infeksi dalam rumah sakit tapi muncul setelah pasien pulang, juga infeksi karena pekerjaan pada petugas rumah sakit dan tenaga kesehatan terkait proses pelayanan kesehatan.

Kejadian HAIs tidak hanya berasal dari rumah sakit, tetapi juga dapat dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Tidak terbatas infeksi kepada pasien dan tenaga/petugas kesehatan namun dapat juga kepada pengunjung yang tertular pada saat berada di dalam lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan.

BAB III

METODE PELAKSANAAN KEGIATAN MAGANG

3.1 Rancangan Bangun Kegiatan Magang

Kegiatan magang merupakan perwujudan dari studi analitik yang mempelajari, menganalisis, dan menginterpretasikan permasalahan yang ada di lokasi magang serta memberikan alternatif solusi untuk setiap permasalahan.

3.2 Metode Pelaksanaan Magang

Metode pelaksanaan magang yang akan dilakukan di RSUD Haji Surabaya adalah sebagai berikut:

1. Pengenalan dan penyesuaian diri dengan lingkungan kerja

Kegiatan yang dilakukan untuk mengenal dan menyesuaikan diri dengan lingkungan kerja meliputi: pengenalan alur kerja dan struktur organisasi RSUD Haji Surabaya, khususnya di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

2. Ceramah dan tanya jawab (komunikasi dua arah)

Kegiatan yang dilakukan berupa pengarahan serta penjelasan dari pembimbing bagian instalasi/lapangan/bidang tempat magang lapangan serta pejabat di RSUD Haji Surabaya untuk memperoleh gambaran secara jelas tentang pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi RSUD Haji Surabaya.

3. Observasi dan pengumpulan data

Pelaksanaan magang tidak lepas dari kegiatan pengamatan terhadap suatu permasalahan dalam bentuk partisipasi aktif sesuai dengan tugas yang diberikan oleh pembimbing bagian instalasi/lapangan/bidang tempat magang di RSUD Haji Surabaya.

4. Studi literatur

Studi literatur dilakukan untuk menambah pengetahuan yang berkaitan dengan permasalahan yang diangkat sekaligus untuk mencocokkan teori yang ada dengan kenyataan yang terjadi di lapangan.

5. Penulisan laporan magang

Penulisan laporan magang berguna untuk memonitoring, evaluasi dan hasil selama kegiatan magang di RSUD Haji Surabaya.

3.3 Jenis Kegiatan Magang

Berikut rincian kegiatan magang yang akan dilaksanakan di RSUD Haji Surabaya.

1. Mengetahui lingkungan kerja di RSUD Haji Surabaya khususnya pada bidang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.
2. Mengetahui tentang struktur organisasi dan prosedur kerja yang ada di RSUD Haji Surabaya secara keseluruhan.
3. Mengetahui struktur organisasi dan prosedur kerja yang ada di Bidang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSUD Haji Surabaya.
4. Mendeskripsikan pelaksanaan dan prosedur kerja terutama di bagian Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSUD Haji Surabaya.
5. Mengetahui gambaran umum permasalahan yang ada di RSUD Haji Surabaya.
6. Mengetahui program pencegahan dan pengendalian penyakit khususnya untuk penyakit infeksi di RSUD Haji Surabaya.
7. Mengidentifikasi kasus yang berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi di RSUD Haji Surabaya.
8. Memberikan masukan dan alternatif solusi untuk permasalahan yang telah didapatkan terkait dengan pencegahan dan pengendalian penyakit infeksi di RSUD Haji Surabaya.
9. Mengikuti kegiatan di lapangan yang dilakukan oleh Rumah Sakit Umum Haji Kota Surabaya dan menerapkan konsep epidemiologi.

3.4 Waktu dan Lokasi

3.4.1 Waktu

Pelaksanaan magang dimulai pada tanggal 6 Januari 2020 sampai 7 Februari 2020. Waktu magang disesuaikan dengan jam kerja dan kebijakan yang ada di RSUD Haji Surabaya.

3.4.2 Lokasi

Pelaksanaan magang berlokasi di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang terletak di Jalan Manyar Kertoadi, Klampis Ngasem, Kecamatan Sukolilo, Kota Surabaya, Jawa Timur, Kode pos: 60116, khususnya di Bagian Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.

3.5 Metode Pengumpulan Data Jadwal Pelaksanaan Magang

3.5.1 Data Primer

Data primer diperoleh dengan metode wawancara dan metode observasi langsung terhadap kegiatan di Bagian Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang sedang berlangsung di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

3.5.2 Data Sekunder

Data sekunder yang diperoleh berdasarkan data serta rekapitulasi rutin harian, bulanan, serta tahunan kegiatan di Bagian Pencegahan dan Pengendalian Infeksi yang sedang berlangsung di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

3.6 Jadwal Pelaksanaan Magang

No.	Kegiatan	Waktu (Minggu)				
		I	II	III	IV	V
1.	Perkenalan dan orientasi di tempat magang.					
2.	Mempelajari program, prosedur kerja dan struktur organisasi di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.					
3.	Mengidentifikasi Masalah dan Membuat Prioritas Masalah					
4.	Membuat alternatif solusi					
5.	Menyusun laporan					
6.	Seminar hasil magang					

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

4.1.1 Sejarah Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya adalah rumah sakit milik pemerintah Provinsi Jawa Timur yang didirikan berkenaan peristiwa yang menimpa para Jamaah Haji Indonesia di terowongan Mina pada tahun 1990.

Dengan adanya bantuan dana dari Pemerintah Arab Saudi dan dilanjutkan dengan biaya dari Pemerintahan Provinsi Jawa Timur, berhasil dibangun gedung beserta fasilitasnya dan resmi dibuka pada 17 April 1993, sebagai RSU Tipe C dengan Surat Keputusan Gubernur nomor 136 tahun 1997. Pada tahun 1998 berkembang menjadi RSU tipe B Non Pendidikan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1006/Menkes/SK/IX/1998 pada tanggal 21 September 1998. Dan pada tanggal 30 Oktober 2008 sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1003/Menkes/SK/X/2008, RSU Haji berubah status menjadi RSU Tipe B Pendidikan dan pada tahun 2008 juga Berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Jawa Timur tanggal 30 Desember 2008 nomor 118/441/KPTS/013/2008 Rumah sakit Umum Haji Surabaya ditetapkan sebagai rumah sakit dengan status Badan Layanan Umum Daerah (BLUD).

RSU Haji Surabaya ini memiliki 293 tempat tidur perawatan, ditunjang dengan alat medis canggih dan dokter spesialis senior di Kota Surabaya. Melayani semua lapisan masyarakat umum dengan motto "Menebar Salam dan Senyum dalam Pelayanan". Dengan fasilitas yang tersedia, RSU Haji telah ikut mendidik mahasiswa kedokteran dan menyelenggarakan postgraduate training untuk dokter dari RS se-Jawa Timur.

4.1.2 Visi dan Misi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

1. Visi

Rumah Sakit Pilihan Masyarakat, Prima dan Islami dalam Pelayanan yang berstandar Internasional, didukung Pendidikan dan Penelitian yang Berkualitas

2. Misi

- a. Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan menuju standar internasional di dukung pendidikan dan penelitian yang berkualitas.
- b. Menyediakan SDM yang profesional, jujur, amanah dan mengutamakan kerjasama.
- c. Meningkatkan sarana dan prasarana sesuai perkembangan IPTEKDOK
- d. Meningkatkan Kemandirian Rumah Sakit dan Kesejahteraan Karyawan

4.1.3 Motto Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

“Menebar Salam dan Senyum dalam Pelayanan”

4.1.4 Budaya Kerja Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

JUJUR : Memberi pelayanan kesehatan dengan benar, sesuai standar pelayanan, dengan memperhatikan kepastian pelayanan untuk mendapatkan kepercayaan pelanggan rumah sakit.

ISLAMI : Petugas rumah sakit dalam memberikan pelayanan tidak bertentangan dengan kaidah-kaidah islam.

AMANAHAH : Memberikan pelayanan kesehatan sesuai hak-hak pelanggan, dengan penuh tanggung jawab, sehingga kepuasan pasien akan meningkat.

PROFESIONAL : Pelayanan rumah sakit dilakukan sesuai dengan keahlian, ketrampilan, dan standar mutu dengan mengutamakan keselamatan pasien.

TA'AWUN (KERJASAMA) : Mengutamakan kerjasama berbagai profesi dan disiplin ilmu, untuk kesembuhan dan keselamatan pasien.

4.1.5 Keyakinan Dasar Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

“Pelayanan adalah bagian dari ibadah”.

4.1.6 Janji Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

“Dengan rahmat Allah SWT, kami atas nama pimpinan dan karyawan/karyawati RSU Haji Surabaya, menyatakan janji bersama untuk memberikan pelayanan dengan sepenuh hati, senantiasa mengucapkan salam, memberikan senyum dan mohon maaf serta mengucapkan terima kasih kepada pelanggan.

4.1.7 Tujuan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

RSU Haji Surabaya memiliki tujuan melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan. Tujuan RSU Haji Surabaya adalah sebagai berikut:

1. Menciptakan budaya kerja melalui SDM yang amanah dan berakhlak mulia
2. Memiliki kondisi kerja yang kondusif
3. Meningkatkan produktivitas karyawan
4. Tercapainya standar pelayanan prima
5. Mau dan mampu menciptakan inovasi pelayanan

6. Meningkatkan kepuasan *customer*
7. Menurunkan complain *customer*
8. Meningkatkan pelanggan yang loyal
9. Meningkatkan kemandirian rumah sakit

4.1.8 Sasaran Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

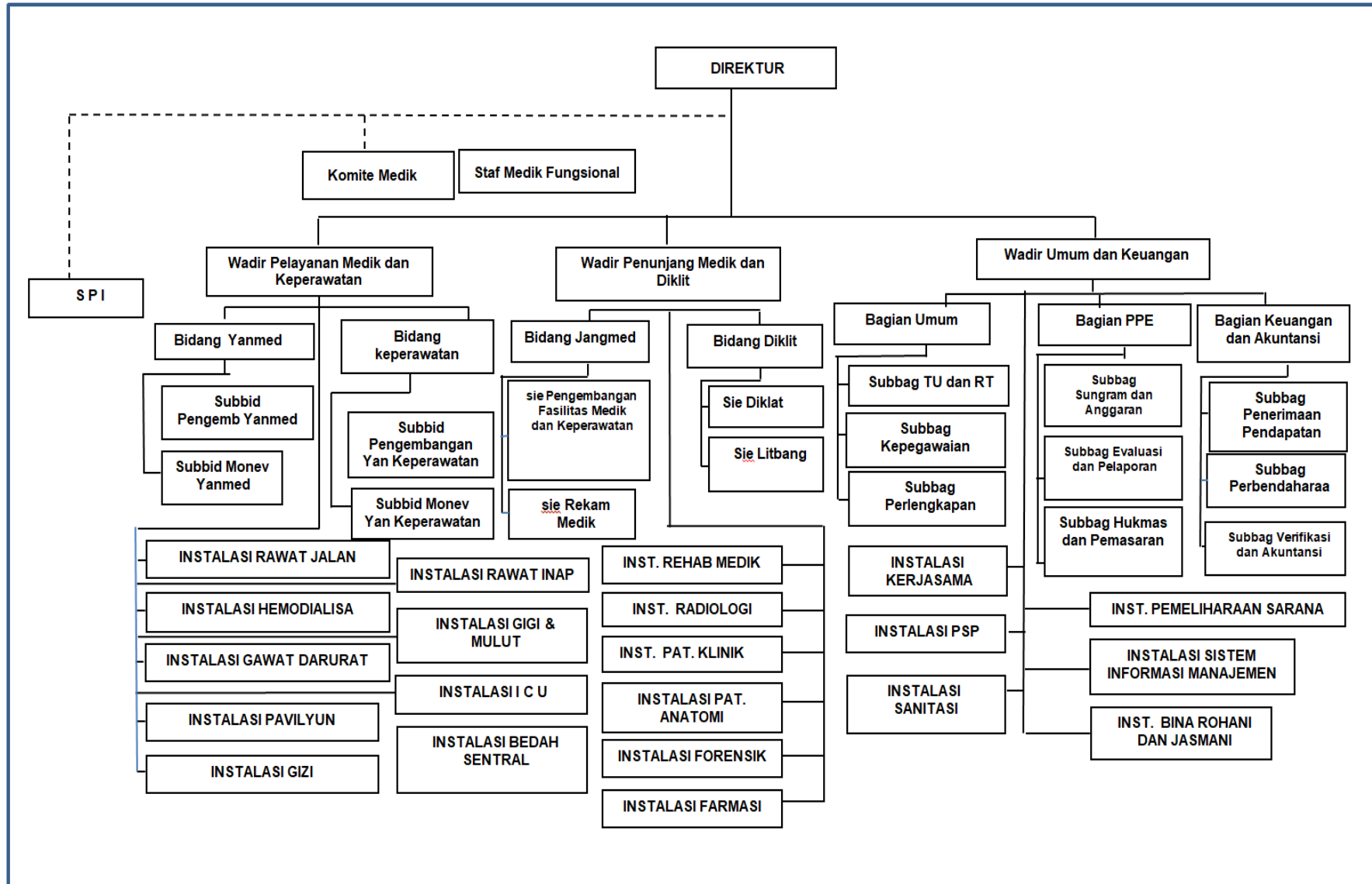
Sasaran RSU Haji Surabaya adalah :

1. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit
2. Memenuhi sarana, prasarana, dan peralatan rumah sakit sesuai standar
3. Meningkatkan kualitas dan kuantitas sumber daya manusia rumah sakit
4. Terpeliharanya sarana, prasarana, peralatan rumah sakit
5. Meningkatkan manajemen rumah sakit
6. Meningkatkan pelayanan administrasi perkantoran rumah sakit

4.1.9 Kebijakan Mutu Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya berkomitmen senantiasa memberikan pelayanan kesehatan, wahana, pendidikan dan penelitian, serta melakukan kolaborasi yang berkualitas dan islami melalui penyediaan pelayanan klinis yang aman, efektif, dan efisien didukung oleh sumber daya manusia, sarana dan prasarana, serta sistem manajemen yang berstandar kelas dunia.

4.1.10 Struktur Organisasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Menurut Peraturan Gubernur No.114 tahun 2008



4.2 Gambaran Umum Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Haji Surabaya dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Komite PPI sebelumnya bernama Sub Komite Dalin yang berada di bawah Komite Medik. Sejak diterbitkan SK Direktur RSUD Haji Surabaya pada tahun 2010, Sub Komite Dalin resmi berganti nama menjadi Komite PPI yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD Haji Surabaya.

4.2.1 Visi dan Misi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi

1. Visi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Mengupayakan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang dapat mencegah dan menurunkan angka kejadian infeksi.

2. Misi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

- a. Menyelenggarakan pencegahan infeksi
- b. Menyelenggarakan pengendalian infeksi
- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- d. Menyelenggarakan pemeliharaan fisik dan sarana
- e. Menyelenggarakan surveilans kejadian HAIs (*healthcare associated infections*)
- f. Monitoring penerapan kebijakan PPI

4.2.2 Program Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Berikut ini beberapa program unit pencegahan dan pengendalian (PPI):

- a. Surveilans HAIs (*Healthcare Associated Infections*)
- b. Kewaspadaan Isolasi meliputi Kewaspadaan Standar dan Kewaspadaan Transmisi

- c. Diklat (Pelatihan dan Pendidikan)
- d. Pencegahan Infeksi
- e. Penggunaan Antibiotik Rasional

4.2.3 Sasaran Program Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Seluruh komunitas RSU Haji yang terdiri dari : pasien, keluarga dan tenaga kesehatan.

4.2.4 Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Berdasarkan SK Direktur RSU Haji Surabaya No. 445 Tahun 2011 tentang Restrukturasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSU Haji Surabaya ditetapkan struktur organisasi Komite PPI RSU Haji Surabaya yang ditunjukkan oleh bagan yang terlampir pada halaman lampiran.

4.2.5 Sasaran Program Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSU Haji Surabaya

Seluruh komunitas RSU Haji Surabaya yang terdiri dari pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya adalah rumah sakit milik pemerintah Provinsi Jawa Timur yang didirikan berkenaan peristiwa yang menimpa para Jamaah Haji Indonesia di terowongan Mina pada tahun 1990. RSU Haji Surabaya resmi dibuka pada 17 April 1993, sebagai RSU Tipe C dengan Surat Keputusan Gubernur nomor 136 tahun 1997. Pada tahun 1998 berkembang menjadi RSU tipe B Non Pendidikan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1006/Menkes/SK/IX/1998 pada tanggal 21 September 1998. Dan pada tanggal 30 Oktober 2008 sesuai Surat Keputusan Menteri Kesehatan nomor 1003/Menkes/SK/X/2008, RSU Haji berubah status menjadi RSU Tipe B Pendidikan.
2. Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya telah melakukan pencegahan dan pengendalian infeksi dengan membentuk komite pencegahan dan pengendalian infeksi terdiri dari Surveilans HAIs (*Healthcare Associated Infections*), Kewaspadaan Isolasi meliputi Kewaspadaan Standar dan Kewaspadaan Transmisi, Diklat (Pelatihan dan Pendidikan), Pencegahan Infeksi, dan Penggunaan Antibiotik Rasional.

5.2 Saran

Kegiatan magang yang dilaksanakan di RSU Haji Surabaya diharapkan dapat terjalin kerjasama yang baik antara instansi dengan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

GAMBARAN KELENGKAPAN PENGISIAN SI IDO (SISTEM
INFORMASI INFEKSI DAERAH OPERASI) SEBAGAI UPAYA
PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN HAIs RSU HAJI SURABAYA
PADA PERIODE JANUARI 2020



Oleh :

DEWI PUTRI SANDRAWATI

NIM. 101611133070

DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI
SURABAYA**

Disusun oleh:

DEWI PUTRI SANDRAWATI

NIM. 101611133070

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen.

Tanggal 3 Maret 2020

Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes.

NIP. 196902101994032002

Pembimbing di RSUD Haji Surabaya,

Tanggal 3 Maret 2020

Dwiono Mudjiyanto, S.Kep. Ns., M.Epid

NIP. 197004181993021001

Mengetahui

Ketua Departemen Epidemiologi,

Tanggal 3 Maret 2020

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes.

NIP. 196811021998022001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas kasih sayangnya laporan pelaksanaan magang ini dapat tersusun. Laporan pelaksanaan magang yang berjudul “Gambaran Kepatuhan Pengisian Bundle Prevention Infeksi Daerah Operasi Sebagai Upaya Pencegahan dan Pengendalian HAIs” ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akademis di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Laporan ini akan membahas salah satu kegiatan di Komite PPI, yakni pengisian formulir *bundle prevention* Infeksi Daerah Operasi (IDO).

Laporan ini tidak akan berhasil disusun tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Tri. Martiana, dr., M.S. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing akademik yang selalu memberi arahan dan masukan.
4. Dr. drg. Sri Agustina Ariandani, M.Kes. selaku Direktur utama RSUD Haji Surabaya
5. Dr. Endang Prabawati, M.Kes. selaku Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan RSUD Haji Surabaya.
6. Dr. Bambang Arianto, dr., Sp.B selaku Ketua Komite PPI RSUD Haji Surabaya
7. Dr. Arief Wijaya Rosli, Sp.A selaku Ketua Tim PPI RSUD Haji Surabaya
8. Dwiono Mudjiyanto, S.Kep., Ns, M.Epid. selaku pembimbing lapangan Tim PPI RSUD Haji Surabaya
9. Sulistyorini, S.Kep., Ns selaku pembimbing lapangan Tim PPI RSUD Haji Surabaya
10. Whenny Irdiana. S.KM. selaku staff Tim PPI RSUD Haji Surabaya
11. Teman-teman satu kelompok magang yaitu Rizki Nur Azizah, Ainun Azizah R., Dinda Rizka Safitri
12. Teman seperjuangan magang dari Stikes Dr. Soetomo yaitu Mustika Ayu K.
13. Teman-teman FKM yang khususnya magang di RSUD Haji Surabaya atas kerja-sama dan bantuannya selama ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan magang ini bermanfaat bagi kami maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 12 Februari 2020

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR SINGKATAN.....	ix
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	4
1.2.1 Tujuan Umum	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Manfaat	4
1.3.1 Manfaat bagi mahasiswa	4
1.3.2 Manfaat bagi RSUD Haji	5
1.3.3 Manfaat bagi Perguruan Tinggi	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Rumah Sakit.....	6
2.1.1 Pengertian Rumah Sakit.....	6
2.1.2 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	6
2.2 Healthcare Associated Infections (HAIs)	6
2.2.1 Pengertian HAIs	6
2.2.2 Penyebab HAIs.....	7
2.2.3 Klasifikasi HAIs	7
2.2.4 Pencegahan dan Pengendalian HAIs	7
2.3 Infeksi Daerah Operasi (IDO).....	13
2.3.1 Pengertian IDO.....	13
2.3.2 Klasifikasi IDO.....	14
2.3.3 Faktor Risiko IDO	15
2.3.4 Strategi Pencegahan dan Pengendalian IDO.....	16
2.4 <i>Bundle Prevention</i> IDO	17
2.5 Metode Penentuan Prioritas Masalah	17
2.6 Metode Penentuan Penyebab Masalah	18
BAB III METODE KEGIATAN MAGANG	
3.1 Lokasi Pelaksanaan Magang.....	20
3.2 Waktu Pelaksanaan Magang	20

3.3	Metode Pelaksanaan Magang	21
3.4	Teknik Pengumpulan Data.....	21
3.5	<i>Output</i> Kegiatan	22
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN		
4.1	Gambaran Umum Komite PPI RSUD Haji Surabaya.....	23
4.1.1	Visi dan Misi Komite PPI RSUD Haji Surabaya	23
4.1.2	Struktur Organisasi Komite PPI RSUD Haji Surabaya	24
4.1.3	Program Komite PPI RSUD Haji Surabaya	25
4.1.4	Sasaran Program Komite PPI RSUD Haji Surabaya	26
4.1.5	Kegiatan Surveilans Komite PPI RSUD Haji Surabaya	26
4.1.6	Alur Kegiatan Surveilans Komite PPI RSUD Haji Surabaya	27
4.1.7	Kegiatan Surveilans IDO RSUD Haji Surabaya.....	28
4.2	Trend Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) Tahun 2015-2019	29
4.3	Gambaran Surveilans Infeksi Daerah Operasi (IDO)	30
4.4	Hasil Evaluasi Kelengkapan Pengisian <i>Bundle Prevention</i> IDO.....	33
4.5	Masalah Pelaksanaan Surveilans IDO	38
4.6	Penentuan Prioritas Masalah Pelaksanaan Surveilans IDO.....	39
4.7	Penentuan Penyebab Masalah Pelaksanaan Surveilans IDO.....	39
4.8	Alternatif Solusi	43
4.9	Kegiatan Magang	45
BAB V PENUTUP		
5.1	Kesimpulan	48
5.2	Saran.....	48
DAFTAR PUSTAKA		
Lampiran 1 Formulir <i>Bundle Prevention</i> IDO.....		51
Lampiran 2 Aplikasi SI IDO.....		52
Lampiran 3 Formulir Surveilans Harian Kejadian Infeksi		55
Lampiran 4 Formulir Checklist Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> Infeksi Daerah Operasi (IDO)		56
Lampiran 5 Lembar Panduan Wawancara.....		58
Lampiran 6 Lembar Catatan Kegiatan Magang		59
Lampiran 7 Absensi Mahasiswa Magang.....		63

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Trend Angka HAIs Tahun 2015-2019.....	2
Gambar 1.2 Trend Angka HAIs Tahun 2015-2019 Berdasarkan Klasifikasi HAIs	2
Gambar 2.1 Diagram Fishbone	19
Gambar 4.1 Struktur Organisasi Komite PPI RSU Haji.....	24
Gambar 4.2 Alur Kegiatan Surveilans RSU Haji.....	27
Gambar 4.3 Kegiatan Surveilans IDO RSU Haji Surabaya	28
Gambar 4.4 Trend Angka Kejadian IDO Tahun 2015-2019	29
Gambar 4.5 Alur Tatalaksana Surveilans IDO	32
Gambar 4.6 Diagram Fishbone Ketidakpatuhan Perawat Dalam Mengisi SI IDO.....	41

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Waktu dan Kegiatan Magang RSUD Haji Surabaya.....	20
Tabel 4.1 Kejadian IDO dan Jumlah Pasien Operasi Tahun 2015-2019.....	30
Tabel 4.2 Komponen Formulir Bundle Prevention IDO di RSUD Haji Surabaya	33
Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Menurut Usia	35
Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Menurut Tempat dan Waktu	36
Tabel 4.5 Hasil Evaluasi Kepatuhan Pengisian <i>Bundle Prevention</i> IDO (Manual).....	37
Tabel 4.6 Hasil Evaluasi Kepatuhan Pengisian <i>Bundle Prevention</i> IDO (SI IDO)	38
Tabel 4.7 Hasil Skoring Prioritas Masalah	39
Tabel 4.8 Alternatif Solusi.....	43

DAFTAR SINGKATAN

RSU = Rumah Sakit Umum

HAI = *Healthcare Associated Infection*

IDO = Infeksi Daerah Operasi

SI IDO = Sistem Informasi Infeksi Daerah Operasi

IPCN = *Infection Prevention Control Nurse*

IPCLN = *Infection Prevention Control Link Nurse*

RTL = Rencana Tindak Lanjut

BAB I

PENDAHULUAN

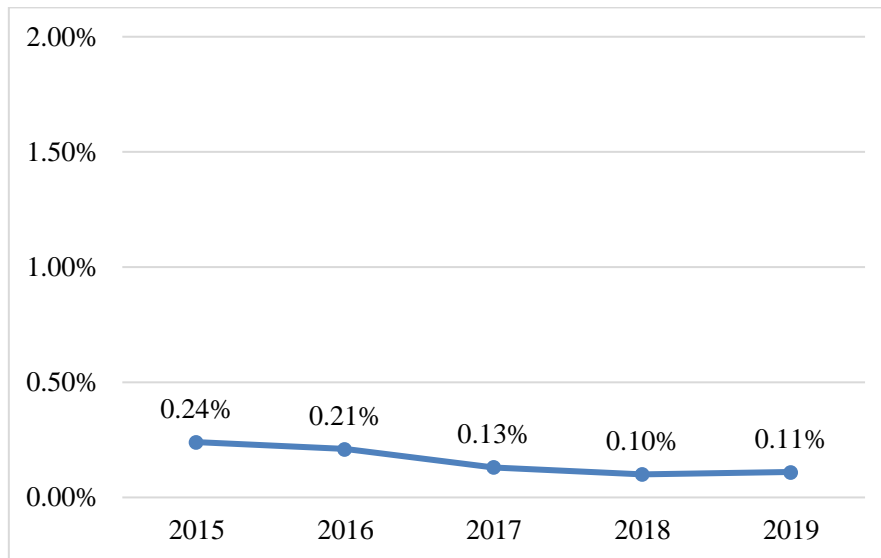
1.1. Latar Belakang

Rumah sakit merupakan salah satu pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara paripurna yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Semakin luas jangkauan pelayanan di rumah sakit maka penderita yang dirawat di rumah sakit tersebut semakin banyak serta jumlah penderita yang dirawat inap semakin banyak pula. Jika sanitasi di rumah sakit tidak terselenggara dengan baik dan terstandar maka akan meningkatkan risiko ancaman infeksi nosokomial pada penderita-penderita yang sedang dirawat di rumah sakit tersebut (Darmadi, 2008).

Healthcare Associated Infection (HAIs) merupakan infeksi yang terjadi terkait dengan pemberian layanan kesehatan dalam fasilitas kesehatan. HAIs terjadi ketika pasien menunjukkan tanda-tanda klinis infeksi ketika pasien dirawat di rumah sakit. Dalam hal ini, pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit lebih lama daripada masa inkubasi infeksi penyakit. Sederhananya, masa inkubasi infeksi penyakit terjadi setelah pasien menerima perawatan di rumah sakit (Soedarto, 2016). Dampak dari timbulnya HAIs bagi pasien yaitu dapat meningkatkan mortalitas, morbiditas, hari rawat, dan biaya perawatan, sedangkan bagi rumah sakit yaitu menurunkan mutu rumah sakit dan bahkan menjadi masalah yang berpotensi menjadi urusan hukum.

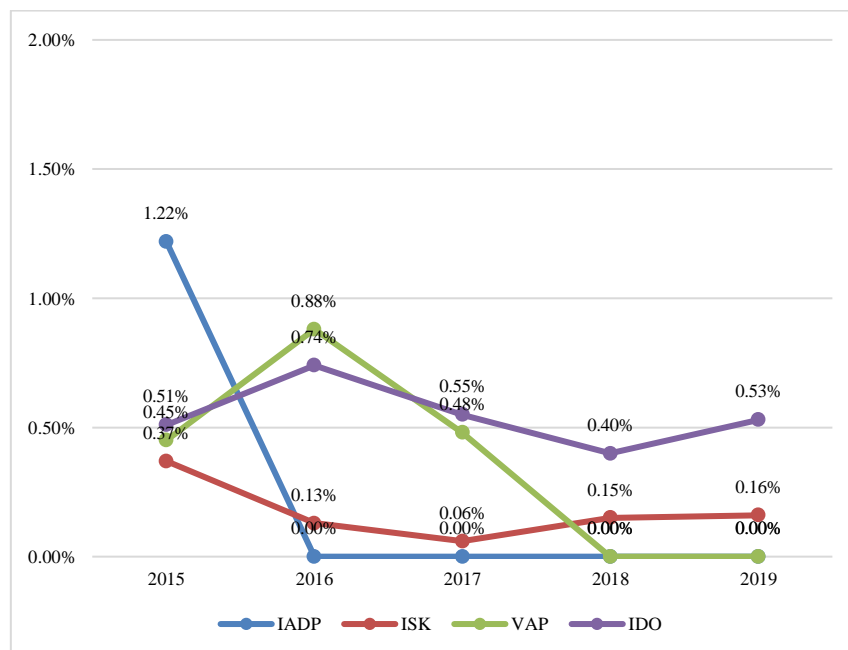
Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, menyatakan bahwa standar Infeksi Nosokomial atau Healthcare Associated Infection sebesar $\leq 1,5\%$.

Healthcare Associated Infection (HAIs) diklasifikasikan menjadi CAUTI (Catheter Assicoated Urinary Tract Infection), VAP (Ventilator Associated Pneumonia), CRBSI (Catheter Related Blood Stream Infection), dan IDO (Infeksi Daerah Operasi (CDC, 2014). Berikut adalah *trend* kejadian HAIs di RSUD Haji pada tahun 2015-2019



Gambar 1.1 *Trend* Angka HAIs RSU Haji Tahun 2015-2019

Berdasarkan Gambar 1.1, angka kejadian HAIs di RSU Haji Surabaya mengalami penurunan dari 2015 sampai dengan tahun 2019. Pada tahun 2015 angka kejadian HAIs sebesar 0,25%. Kemudian tahun 2016 sebesar 0,21%. Pada tahun 2017 sebesar 0,13%. Pada tahun 2018 sebesar 0,18%. Lalu pada tahun 2019 sebesar 0,11%. Angka HAIs tersebut merupakan angka HAIs secara keseluruhan dari keempat jenis HAIs. Berikut ini merupakan trend HAIs berdasarkan klasifikasi HAIs.



Gambar 1.2 *Trend* Angka HAIs RSU Haji Berdasarkan Klasifikasi HAIs Tahun 2015-2019

Berdasarkan Gambar 1.2, kejadian IDO di RSUD Haji merupakan kejadian HAIs yang tertinggi serta mengalami peningkatan dari tahun 2018. IDO dapat disebabkan karena mikroorganisme endogen dan eksogen. Bakteri patogen yang paling sering menyebabkan IDO yaitu *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus* koagulase negatif, *Escherichia coli*, *Enterobacter sp.*, *Pseudomonas sp.*, *Klebsiella sp.*, *Enterococcus sp.* Sebagian besar IDO disebabkan karena mikroorganisme endogen yang terdapat pada kulit pasien ketika sayatan operasi dibuat. *S. aureus* merupakan agen yang paling banyak menyebabkan IDO (Wilantri, 2015).

Prosedur dalam operasi terbagi menjadi tiga fase yaitu pra operasi, peri-operasi dan intra-operasi serta pasca operasi. Faktor risiko terjadinya IDO dapat terjadi akibat dari kesalahan-kesalahan dalam fase tersebut. Faktor risiko IDO pada fase pra operasi diklasifikasikan lagi menjadi dua yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu kadar gula darah yang tidak terkontrol, obesitas, malnutrisi, kebiasaan merokok, immunosupresi, kadar albumin praoperasi <3,5 mg/dL, total bilirubin >1,0 mg/dL, dan lama menjalani rawat inap pra operasi setidaknya 2 hari. Serta faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia. Pertambahan usia sampai usia 65 tahun menjadi salah satu faktor risiko IDO, namun pertambahan usia lebih dari 65 tahun justru menurunkan risiko IDO (APSIC, 2018).

Faktor risiko pada fase peri-operasi yaitu prosedur, fasilitas, persiapan pasien, serta faktor intra-operasi. Faktor yang terkait dengan prosedur meliputi pembedahan darurat dan lebih kompleks, klasifikasi luka yang lebih tinggi dan pembedahan terbuka. Faktor terkait dengan fasilitas meliputi peningkatan lalu lintas ruang operasi, pertukaran udara/ventilasi yang kurang memadai, serta sterilisasi instrumen yang tidak tepat. Faktor risiko terkait dengan persiapan pasien diantaranya infeksi yang sudah ada, persiapan kulit yang tidak memadai, pencukuran pra-operasi, dan pemilihan, pemberian, atau durasi antibiotik profilaksis yang tidak tepat. Faktor risiko intraoperasi mencakup waktu operasi yang lama, transfusi darah, teknik aseptik dan pembedahan, pemakaian sarung tangan/lengan dan antiseptik, hipoksia, hipotermia, dan kontrol gula darah yang tidak adekuat (APSIC, 2018).

Faktor risiko IDO pada fase pasca operasi meliputi perawatan luka dan transfusi darah pasca operasi. Perawatan luka pasca operasi ditentukan oleh teknik penutupan daerah luka operasi. Primary wound yang sudah ditutup harus dijaga kebersihannya dengan dressing steril selama 1 hingga 2 hari setelah pembedahan. Hiperglikemia dan diabetes masih terbilang sangat kritikal selama periode pasca operasi (APSIC, 2018).

Salah satu cara pencegahan dan pengendalian IDO yaitu dengan melakukan surveilans IDO. Surveilans merupakan kegiatan pengumpulan, analisis, dan interpretasi sistematis yang berkelanjutan dari data terkait dengan kesehatan yang diperlukan untuk melaksanakan perencanaan, implementasi, dan evaluasi praktik kesehatan masyarakat (WHO, 2018).

Bundle prevention Infeksi Daerah Operasi (IDO) merupakan salah satu cara untuk melakukan surveilans IDO. Pada surveilans IDO, pengisian *bundle prevention* dilakukan didalam status rekam medik pasien yang akan melakukan pembedahan. Pengisian dilakukan mulai dari tahap persiapan operasi di ruangan hingga tahap perawatan setelah operasi di ruangan ataupun di poli rawat jalan. Metode pengisian formulir *bundle prevention* IDO di RSUD Haji terdapat dua metode yaitu secara manual yaitu menggunakan formulir yang terdapat di dalam status rekam medis pasien serta berbasis komputer yaitu menggunakan aplikasi SI IDO (Sistem Informasi Infeksi Daerah Operasi). *Bundle prevention* yang terisi lengkap dapat menjadi sebuah data yang sangat berguna dalam keberlangsungan program surveilans IDO yang dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RSUD Haji. Data yang didapatkan dari formulir *bundle prevention* menjadi dasar untuk mengontrol dan menganalisis risiko pasien yang mengalami IDO.

1.2. Tujuan

1.2.1. Tujuan Umum

Mengevaluasi kelengkapan pengisian *bundle prevention* Infeksi Daerah Operasi sebagai upaya pencegahan dan pengendalian HAIs

1.2.2. Tujuan Khusus

1. Mempelajari struktur organisasi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RSUD Haji Surabaya dan prosedur kerja dalam pelaksanaan surveilans di RSUD Haji Surabaya
2. Mempelajari sistem surveilans yang diterapkan mulai proses pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, serta data output yang dihasilkan
3. Mengidentifikasi masalah kesehatan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, membuat prioritas masalah (*problem solving*) tentang kesehatan.

1.3. Manfaat

1.3.1. Manfaat bagi Mahasiswa

1. Menambah pengalaman dalam menerapkan teori yang didapat di perkuliahan.

2. Menambah pengalaman dan ketrampilan kerja praktis untuk mempersiapkan diri dalam memasuki dunia kerja
3. Mampu memahami kondisi di lapangan atau tempat kerja sesuai dengan formasi struktural dan fungsional yang ditetapkan.

1.3.2. Manfaat bagi RSUD Haji

1. Memberikan masukan terhadap permasalahan yang ada di rumah sakit khususnya terkait dengan pengendalian dan pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO).
2. Memberikan alternatif penyelesaian masalah terhadap permasalahan yang terdapat di rumah sakit khususnya terkait dengan pengendalian dan pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO).

1.3.3. Manfaat bagi Perguruan Tinggi

1. Menambah informasi mengenai upaya pencegahan dan pengendalian HAIs, khususnya Infeksi Daerah Operasi (IDO).
2. Menambah kepustakaan, bahan bacaan dan referensi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

2.1.1. Pengertian Rumah Sakit

Menurut Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap. Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan pada semua bidang penyakit.

2.1.2. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah sakit memiliki tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Pelayanan kesehatan paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif.

Berdasarkan Undang-Undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, rumah sakit memiliki fungsi:

- a. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan;
- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2. Healthcare Associated Infections (HAIs)

2.2.1. Pengertian HAIs

HAIs (Healthcare Associated Infections) merupakan infeksi yang terjadi terkait dengan pemberian layanan kesehatan dalam fasilitas kesehatan. HAIs terjadi ketika pasien menunjukkan tanda-tanda klinis infeksi ketika pasien dirawat

di rumah sakit. Dalam hal ini, pasien mendapatkan perawatan di rumah sakit lebih lama daripada masa inkubasi infeksi penyakit. Sederhananya, masa inkubasi infeksi penyakit terjadi setelah pasien menerima perawatan di rumah sakit. (Soedarto, 2016).

2.2.2. Penyebab HAIs

HAIs dapat disebabkan oleh bakteri, jamur, virus, dan parasit. Mikroorganisme berasal dari tubuh penderita (endogen) dan atau berasal dari lingkungan (eksogen). Sumber endogen berasal dari bagian tubuh yang menjadi tempat hidup mikroorganisme yaitu nasofaring, saluran urogenital, dan pencernaan. Sedangkan mikroorganisme yang berasal dari sumber eksogen didapat dari petugas rumah sakit, peralatan di rumah sakit yang terkontaminasi, atau berasal dari penderita lain yang sedang dirawat di rumah sakit yang sama. (Soedarto, 2016).

2.2.3. Klasifikasi HAIs

Terdapat empat jenis HAIs (Hospital Associated Infections) menurut CDC, 2014

1. *Central Line-associated Bloodstream Infection* (CLABSI) atau Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)
CLABSI merupakan infeksi yang timbul dikarenakan pemasangan kateter intravena pada bagian leher, dada, lengan, atau pangkal paha.
2. *Catheter-associated Urinary Tract Infections* (CAUTI) atau Infeksi Saluran Kemih (ISK)
CAUTI merupakan infeksi pada salah satu atau lebih organ dari saluran kemih termasuk ginjal, kandung kemih, ureter, dan uretra setelah menggunakan kateter urin ≥ 48 jam.
3. *Surgical Site Infection* (SSI) atau Infeksi Daerah Operasi (IDO)
SSI merupakan infeksi yang terjadi pada pasien 30 hari pasca bedah. Infeksi terjadi pada jaringan di atas fascia.
4. *Ventilator-associated Pneumonia* (VAP)
VAP merupakan infeksi yang terjadi pada pasien yang telah menggunakan alat bantu pernapasan atau ventilator selama ≥ 48 jam.

2.2.4. Pencegahan dan Pengendalian HAIs

A. Kewaspadaan Standar

Menurut PMK No. 27 Tahun 2017, kewaspadaan standar yaitu kewaspadaan yang utama, dirancang untuk diterapkan secara rutin dalam perawatan seluruh pasien di rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, baik yang telah didiagnosis, diduga terinfeksi atau kolonisasi. Diterapkan untuk mencegah transmisi silang sebelum pasien di diagnosis, sebelum adanya hasil pemeriksaan laboratorium dan setelah pasien didiagnosis. Kewaspadaan standar meliputi beberapa aspek berikut ini.

1) Kebersihan Tangan (*Hand Hygiene*)

Kebersihan tangan dilakukan dengan mencuci tangan menggunakan sabun dan air mengalir bila tangan jelas kotor atau terkena cairan tubuh, atau menggunakan alkohol (alcohol-based handrubs) bila tangan tidak tampak kotor. Kuku petugas harus selalu bersih dan terpotong pendek, tanpa kuku palsu, tanpa memakai perhiasan cincin. Cuci tangan dilakukan ketika tangan tampak kotor, terkena kontak cairan tubuh pasien yaitu darah, cairan tubuh sekresi, ekskresi, kulit yang tidak utuh, ganti perban, walaupun telah memakai sarung tangan. Serta bila tangan beralih dari area tubuh yang terkontaminasi ke area lainnya yang bersih, walaupun pada pasien yang sama.

2) Alat Pelindung Diri (APD)

Alat pelindung diri adalah pakaian khusus atau peralatan yang di pakai petugas untuk memproteksi diri dari bahaya fisik, kimia, biologi/bahan infeksius. APD terdiri dari sarung tangan, masker/Respirator Partikulat, pelindung mata (goggle), perisai/pelindung wajah, kap penutup kepala, gaun pelindung/apron, sandal/sepatu tertutup (Sepatu Boot). Tujuan Pemakaian APD adalah melindungi kulit dan membran mukosa dari resiko pajanan darah, cairan tubuh, sekret, ekskreta, kulit yang tidak utuh dan selaput lendir dari pasien ke petugas dan sebaliknya.

3) Dekontaminasi Peralatan Perawatan Pasien

Dalam dekontaminasi peralatan perawatan pasien dilakukan penatalaksanaan peralatan bekas pakai perawatan pasien yang terkontaminasi darah atau cairan tubuh (pre-cleaning, cleaning, disinfeksi,

dan sterilisasi) sesuai Standar Prosedur Operasional (SPO) sebagai berikut:

- a. Rendam peralatan bekas pakai dalam air dan detergen atau enzyme lalu dibersihkan dengan menggunakan spons sebelum dilakukan disinfeksi tingkat tinggi (DTT) atau sterilisasi.
 - b. Peralatan yang telah dipakai untuk pasien infeksius harus didekontaminasi terlebih dulu sebelum digunakan untuk pasien lainnya.
 - c. Pastikan peralatan sekali pakai dibuang dan dimusnahkan sesuai prinsip pembuangan sampah dan limbah yang benar. Hal ini juga berlaku untuk alat yang dipakai berulang, jika akan dibuang.
 - d. Untuk alat bekas pakai yang akan di pakai ulang, setelah dibersihkan dengan menggunakan spons, di DTT dengan klorin 0,5% selama 10 menit.
 - e. Peralatan nonkritikal yang terkontaminasi, dapat didisinfeksi menggunakan alkohol 70%. Peralatan semikritikal didisinfeksi atau disterilisasi, sedangkan peralatan kritikal harus didisinfeksi dan disterilisasi.
 - f. Untuk peralatan yang besar seperti USG dan X-Ray, dapat didekontaminasi permukaannya setelah digunakan di ruangan isolasi.
- 4) Pengendalian Lingkungan

Pengendalian lingkungan di fasilitas pelayanan kesehatan, antara lain berupa upaya perbaikan kualitas udara, kualitas air, dan permukaan lingkungan, serta desain dan konstruksi bangunan, dilakukan untuk mencegah transmisi mikroorganisme kepada pasien, petugas dan pengunjung.

5) Pengelolaan Limbah

Proses pengelolaan limbah dimulai dari identifikasi, pemisahan, labeling, pengangkutan, penyimpanan hingga pembuangan/pemusnahan.

- a. Identifikasi jenis limbah: Secara umum limbah medis dibagi menjadi padat, cair, dan gas. Sedangkan kategori limbah medis padat terdiri dari benda tajam, limbah infeksius, limbah patologi, limbah

sitotoksik, limbah tabung bertekanan, limbah genotoksik, limbah farmasi, limbah dengan kandungan logam berat, limbah kimia, dan limbah radioaktif.

b. Pemisahan Limbah Pemisahan limbah dimulai pada awal limbah dihasilkan dengan memisahkan limbah sesuai dengan jenisnya. Tempatkan limbah sesuai dengan jenisnya, antara lain:

- Limbah infeksius: Limbah yang terkontaminasi darah dan cairan tubuh masukkan kedalam kantong plastik berwarna kuning. Contoh: sampel laboratorium, limbah patologis (jaringan, organ, bagian dari tubuh, otopsi, cairan tubuh, produk darah yang terdiri dari serum, plasma, trombosit dan lain-lain), diapers dianggap limbah infeksius bila bekas pakai pasien infeksi saluran cerna, menstruasi dan pasien dengan infeksi yang di transmisikan lewat darah atau cairan tubuh lainnya.
- Limbah non-infeksius: Limbah yang tidak terkontaminasi darah dan cairan tubuh, masukkan ke dalam kantong plastik berwarna hitam. Contoh: sampah rumah tangga, sisa makanan, sampah kantor.
- Limbah benda tajam: Limbah yang memiliki permukaan tajam, masukkan kedalam wadah tahan tusuk dan air. Contoh: jarum, spuit, ujung infus, benda yang berpermukaan tajam. – Limbah cair segera dibuang ke tempat pembuangan/pojok limbah cair (spoelhoek).

6) Penatalaksanaan Linen

Linen terbagi menjadi linen kotor dan linen terkontaminasi. Linen terkontaminasi adalah linen yang terkena darah atau cairan tubuh lainnya, termasuk juga benda tajam. Penatalaksanaan linen yang sudah digunakan harus dilakukan dengan hati-hati. Kehatian-hatian ini mencakup penggunaan perlengkapan APD yang sesuai dan membersihkan tangan secara teratur sesuai pedoman kewaspadaan standar dengan prinsip-prinsip sebagai berikut:

- a. Fasilitas pelayanan kesehatan harus membuat SPO penatalaksanaan linen. Prosedur penanganan, pengangkutan dan distribusi linen harus jelas, aman dan memenuhi kebutuhan pelayanan.

- b. Petugas yang menangani linen harus mengenakan APD (sarung tangan rumah tangga, gaun, apron, masker dan sepatu tertutup).
- c. Linen dipisahkan berdasarkan linen kotor dan linen terkontaminasi cairan tubuh, pemisahan dilakukan sejak dari lokasi penggunaannya oleh perawat atau petugas.
- d. Minimalkan penanganan linen kotor untuk mencegah kontaminasi ke udara dan petugas yang menangani linen tersebut. Semua linen kotor segera dibungkus/dimasukkan ke dalam kantong kuning di lokasi penggunaannya dan tidak boleh disortir atau dicuci di lokasi dimana linen dipakai.
- e. Linen yang terkontaminasi dengan darah atau cairan tubuh lainnya harus dibungkus, dimasukkan kantong kuning dan diangkut/ditransportasikan secara berhati-hati agar tidak terjadi kebocoran.
- f. Buang terlebih dahulu kotoran seperti faeces ke washer bedpan, spoelhoek atau toilet dan segera tempatkan linen terkontaminasi ke dalam kantong kuning/infeksius. Pengangkutan dengan troli yang terpisah, untuk linen kotor atau terkontaminasi dimasukkan ke dalam kantong kuning. Pastikan kantong tidak bocor dan lepas ikatan selama transportasi. Kantong tidak perlu ganda.
- g. Pastikan alur linen kotor dan linen terkontaminasi sampai di laundry TERPISAH dengan linen yang sudah bersih.
- h. Cuci dan keringkan linen di ruang laundry. Linen terkontaminasi seyogyanya langsung masuk mesin cuci yang segera diberi disinfektan.
- i. Untuk menghilangkan cairan tubuh yang infeksius pada linen dilakukan melalui 2 tahap yaitu menggunakan deterjen dan selanjutnya dengan Natrium hipoklorit (Klorin) 0,5%. Apabila dilakukan perendaman maka harus diletakkan di wadah tertutup agar tidak menyebabkan toksik bagi petugas.

7) Perlindungan Kesehatan Petugas

Lakukan pemeriksaan kesehatan berkala terhadap semua petugas baik tenaga kesehatan maupun tenaga nonkesehatan. Fasyankes harus mempunyai kebijakan untuk penatalaksanaan akibat tusukan jarum atau benda tajam bekas pakai pasien, yang berisikan antara lain siapa yang harus dihubungi saat terjadi

kecelakaan dan pemeriksaan serta konsultasi yang dibutuhkan oleh petugas yang bersangkutan.

Petugas harus selalu waspada dan hati-hati dalam bekerja untuk mencegah terjadinya trauma saat menangani jarum, scalpel dan alat tajam lain yang dipakai setelah prosedur, saat membersihkan instrumen dan saat membuang jarum.

8) Penempatan Pasien

- a. Tempatkan pasien infeksius terpisah dengan pasien non infeksius.
- b. Penempatan pasien disesuaikan dengan pola transmisi infeksi penyakit pasien (kontak, droplet, airborne) sebaiknya ruangan tersendiri.
- c. Bila tidak tersedia ruang tersendiri, dibolehkan dirawat bersama pasien lain yang jenis infeksiusnya sama dengan menerapkan sistem cohorting. Jarak antara tempat tidur minimal 1 meter. Untuk menentukan pasien yang dapat disatukan dalam satu ruangan, dikonsultasikan terlebih dahulu kepada Komite atau Tim PPI.
- d. Semua ruangan terkait cohorting harus diberi tanda kewaspadaan berdasarkan jenis transmisinya (kontak, droplet, airborne).
- e. Pasien yang tidak dapat menjaga kebersihan diri atau lingkungannya seyogyanya dipisahkan tersendiri.
- f. Mobilisasi pasien infeksius yang jenis transmisinya melalui udara (airborne) agar dibatasi di lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan untuk menghindari terjadinya transmisi penyakit yang tidak perlu kepada yang lain.
- g. Pasien HIV tidak diperkenankan dirawat bersama dengan pasien TB dalam satu ruangan tetapi pasien TB-HIV dapat dirawat dengan sesama pasien TB.

9) Kebersihan Pernapasan/Etika Batuk dan Bersin

Diterapkan untuk semua orang terutama pada kasus infeksi dengan jenis transmisi airborne dan droplet. Fasilitas pelayanan kesehatan harus menyediakan sarana cuci tangan seperti wastafel dengan air mengalir, tisu, sabun cair, tempat sampah infeksius dan masker bedah.

Edukasi/Penyuluhan Kesehatan Rumah Sakit (PKRS) dan fasilitas pelayanan kesehatan lain dapat dilakukan melalui audio visual, leaflet, poster, banner, video melalui TV di ruang tunggu atau tulisan oleh petugas.

10) Praktik Menyuntik yang Aman

Pakai spuit dan jarum suntik steril sekali pakai untuk setiap suntikan, berlaku juga pada penggunaan vial multidose untuk mencegah timbulnya kontaminasi mikroba saat obat dipakai pada pasien lain. Jangan lupa membuang spuit dan jarum suntik bekas pakai ke tempatnya dengan benar.

11) Praktik Lumbal Pungsi yang Aman

Semua petugas harus memakai masker bedah, gaun bersih, sarung tangan steril saat akan melakukan tindakan lumbal pungsi, anestesi spinal/epidural/pasang kateter vena sentral. Penggunaan masker bedah pada petugas dibutuhkan agar tidak terjadi droplet flora orofaring yang dapat menimbulkan meningitis bakterial.

B. Kewaspadaan Berdasarkan Transmisi

Kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai tambahan Kewaspadaan Standar yang dilaksanakan sebelum pasien didiagnosis dan setelah terdiagnosis jenis infeksi. Jenis kewaspadaan berdasarkan transmisi sebagai berikut:

1. Melalui kontak
2. Melalui droplet
3. Melalui udara (Airborne Precautions)
4. Melalui common vehicle (makanan, air, obat, alat, peralatan)
5. Melalui vektor (lalat, nyamuk, tikus)

2.3. Infeksi Daerah Operasi

2.3.1. Pengertian Infeksi Daerah Operasi

Infeksi Daerah Operasi (IDO) merupakan infeksi yang terjadi setelah operasi pada bagian tubuh yang dilakukan tindakan operasi. IDO dapat berupa infeksi

superficial pada kulit. IDO juga dapat melibatkan jaringan dibawah kulit seperti organ atau bahan implant (CDC, 2010)

2.3.2. Klasifikasi Infeksi Daerah Operasi

1. Infeksi Daerah Operasi Superfisial

Infeksi daerah operasi superfisial harus memenuhi paling sedikit satu kriteria berikut ini:

- a. Infeksi yang terjadi pada daerah insisi dalam waktu 30 hari pasca bedah dan hanya meliputi kulit, subkutan atau jaringan lain diatas fascia.
- b. Terdapat paling sedikit satu keadaan berikut:
 - Pus keluar dari luka operasi atau drain yang dipasang diatas fascia
 - Biakan positif dari cairan yang keluar dari luka atau jaringan yang diambil secara aseptik
 - Terdapat tanda–tanda peradangan (paling sedikit terdapat satu dari tanda-tanda infeksi berikut: nyeri, bengkak lokal, kemerahan dan hangat lokal), kecuali jika hasil biakan negatif.
 - Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi.

2. Infeksi Daerah Operasi Profunda/Deep Incisional

Infeksi daerah operasi profunda harus memenuhi paling sedikit satu kriteria berikut ini:

- a. Infeksi yang terjadi pada daerah insisi dalam waktu 30 hari pasca bedah atau sampai satu tahun pasca bedah (bila ada implant berupa non human derived implant yang dipasang permanen) dan meliputi jaringan lunak yang dalam (misal lapisan fascia dan otot) dari insisi.
- b. Terdapat paling sedikit satu keadaan berikut:
 - Pus keluar dari luka insisi dalam tetapi bukan berasal dari komponen organ/rongga dari daerah pembedahan.
 - Insisi dalam secara spontan mengalami dehisens atau dengan sengaja dibuka oleh ahli bedah bila pasien mempunyai paling sedikit satu dari tanda-tanda atau gejala-gejala berikut: demam ($> 38^{\circ}\text{C}$) atau nyeri lokal, terkecuali biakan insisi negatif.
 - Ditemukan abses atau bukti lain adanya infeksi yang mengenai insisi dalam pada pemeriksaan langsung, waktu pembedahan ulang, atau dengan pemeriksaan histopatologis atau radiologis.

- Dokter yang menangani menyatakan terjadi infeksi.
3. Infeksi Daerah Operasi Organ/Rongga
- Infeksi daerah operasi organ/rongga memiliki kriteria sebagai berikut:
- a. Infeksi timbul dalam waktu 30 hari setelah prosedur pembedahan, bila tidak dipasang implant atau dalam waktu satu tahun bila dipasang implant dan infeksi tampaknya ada hubungannya dengan prosedur pembedahan.
 - b. Infeksi tidak mengenai bagian tubuh manapun, kecuali insisi kulit, fascia atau lapisan lapisan otot yang dibuka atau dimanipulasi selama prosedur pembedahan. Pasien paling sedikit menunjukkan satu gejala berikut:
 - Drainase purulen dari drain yang dipasang melalui luka tusuk ke dalam organ/rongga.
 - Diisolasi kuman dari biakan yang diambil secara aseptik dari cairan atau jaringan dari dalam organ atau rongga
 - Abses atau bukti lain adanya infeksi yang mengenai organ/rongga yang ditemukan pada pemeriksaan langsung waktu pembedahan ulang atau dengan pemeriksaan histopatologis atau radiologis.
 - Dokter menyatakan sebagai IDO organ/rongga.

2.3.3. Faktor Risiko Terjadinya Infeksi Daerah Operasi

1. Faktor risiko pada fase pre operasi

Faktor risiko IDO pada fase pra operasi diklasifikasikan lagi menjadi dua yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi yaitu kadar gula darah yang tidak terkontrol, obesitas, malnutrisi, kebiasaan merokok, immunosupresi, kadar albumin praoperasi <3,5 mg/dL, total bilirubin >1,0 mg/dL, dan lama menjalani rawat inap pra operasi setidaknya 2 hari. Serta faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi yaitu usia. Pertambahan usia sampai usia 65 tahun menjadi salah satu faktor risiko IDO, namun pertambahan usia lebih dari 65 tahun justru menurunkan risiko IDO (APSIC, 2018).

2. Faktor risiko pada fase intraoperasi

Faktor risiko pada fase peri-operasi yaitu prosedur, fasilitas, persiapan pasien, serta faktor intra-operasi. Faktor yang terkait dengan

prosedur meliputi pembedahan darurat dan lebih kompleks, klasifikasi luka yang lebih tinggi dan pembedahan terbuka. Faktor terkait dengan fasilitas meliputi peningkatan lalu lintas ruang operasi, pertukaran udara/ventilasi yang kurang memadai, serta sterilisasi instrumen yang tidak tepat. Faktor risiko terkait dengan persiapan pasien diantaranya infeksi yang sudah ada, persiapan kulit yang tidak memadai, pencukuran pra-operasi, dan pemilihan, pemberian, atau durasi antibiotik profilaksis yang tidak tepat. Faktor risiko intraoperasi mencakup waktu operasi yang lama, transfusi darah, teknik aseptik dan pembedahan, pemakaian sarung tangan/lengan dan antiseptik, hipoksia, hipotermia, dan kontrol gula darah yang tidak adekuat (APSIC, 2018).

3. Faktor risiko pada fase pasca operasi

Faktor risiko IDO pada fase pasca operasi meliputi perawatan luka dan transfusi darah pasca operasi. Perawatan luka pasca operasi ditentukan oleh teknik penutupan daerah luka operasi. Primary wound yang sudah ditutup harus dijaga kebersihannya dengan dressing steril selama 1 hingga 2 hari setelah pembedahan. Hiperglikemia dan diabetes masih terbilang sangat kritikal selama periode pasca operasi (APSIC, 2018).

2.3.4. Strategi Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Daerah Operasi

Pencegahan Infeksi Daerah Operasi (IDO) dilaksanakan berdasarkan tiga fase yaitu pre operasi, intraoperasi, dan post operasi. Pencegahan pada fase pre operasi yaitu pasien direkomendasikan untuk mandi sebelum dan sesudah operasi dengan sabun biasa atau antibakteri untuk memastikan kulit sebersih mungkin, dan untuk mengurangi jumlah bakteri, terutama pada lokasi insisi. Direkomendasikan untuk tidak mencukur rambut pada bagian tubuh pasien yang akan dioperasi. Jika sangat diperlukan, disarankan untuk menggunakan pemotong rambut, bukan mencukurnya sampai habis karena dapat meningkatkan risiko infeksi akibat trauma mikroskopik terhadap kulit. Antibiotik profilaksis diberikan dalam jangka waktu 120 menit sebelum insisi, sambil memperhitungkan paruh-waktu dari antibiotik yang diberikan. Cairan antiseptik berbasis alkohol yang mengandung chlorhexidien glukonat untuk lokasi insisi pada kulit pasien yang akan dioperasi (WHO, 2016).

Pencegahan pada fase intraoperasi yaitu pembatasan jumlah orang di dalam ruangan operasi, dan untuk menjaga sterilitasnya ruangan dengan juga membatasi seringnya pintu operasi dibuka dan ditutup. Memastikan bahwa seluruh alat yang digunakan di ruang operasi dan alat operasi tetap steril sebelum dan saat digunakan (WHO, 2016).

Pencegahan pada fase post operasi yaitu berkaitan dengan perawatan luka operasi. Pada luka primer yang sudah tertutup. Direkomendasikan untuk tetap menggunakan balutan luka standar pada luka primer yang sudah tertutup. Antibiotik profilaksis perioperatif tidak boleh dilanjutkan dengan adanya drainase luka untuk tujuan mencegah IDO (WHO, 2016).

2.4. *Bundle Prevention* Infeksi Daerah Operasi (IDO)

Bundle prevention Infeksi Daerah Operasi (IDO) merupakan salah satu cara untuk melakukan surveilans IDO. Pada surveilans IDO, pengisian *bundle prevention* dilakukan didalam status rekam medik pasien yang akan melakukan pembedahan. Pengisian dilakukan mulai dari tahap persiapan operasi di ruangan hingga tahap perawatan setelah operasi di ruangan ataupun di poli rawat jalan (Putri, 2016).

2.5. Metode Penentuan Prioritas Masalah

2.5.1. *Urgency, Seriousness, Growth* (USG)

Analisis *Urgency, Seriousness, Growth* (USG) merupakan salah satu metode untuk skoring untuk menentukan prioritas masalah yang harus diselesaikan. Langkah skoring dengan menggunakan metode USG adalah membuat daftar akar masalah membuat tabel matriks prioritas masalah dengan bobot skoring 1-5 dan nilai yang tertinggi akan terpilih sebagai prioritas masalah (Kotler, 2001).

a. *Urgency*

Urgency merupakan seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dan dihubungkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi.

b. *Seriousness*

Seriousness merupakan seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dan dihubungkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah

yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan.

c. *Growth*

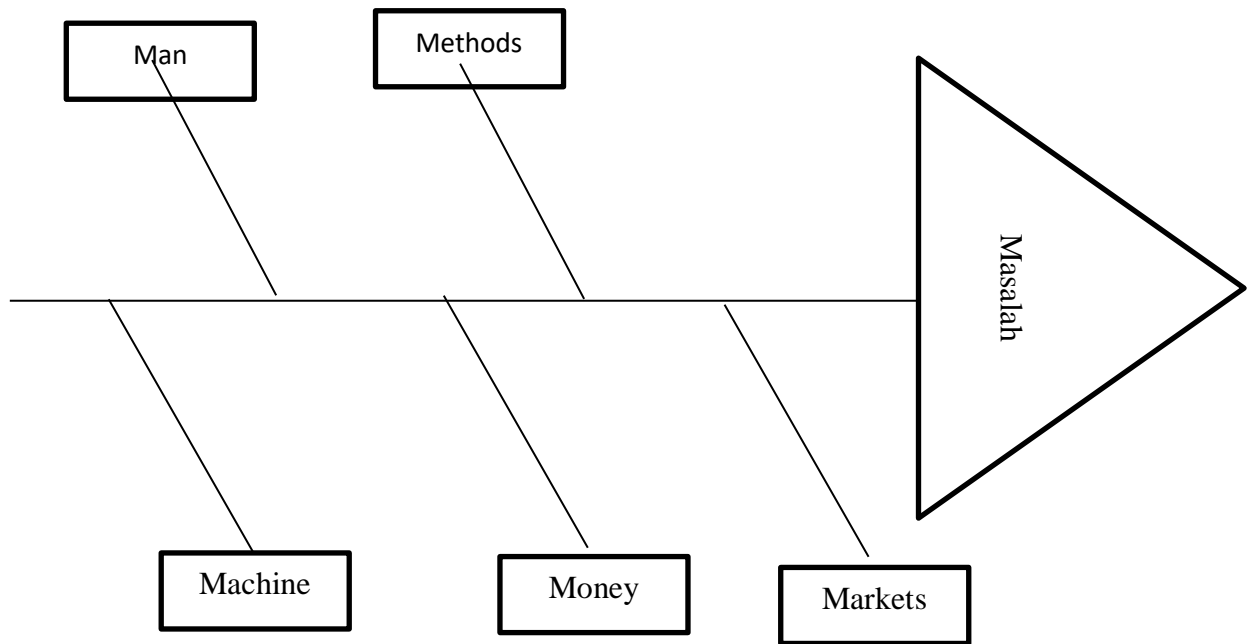
Growth merupakan seberapa besar kemungkinan-kemungkinan isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk.

2.6. Metode Penentuan Penyebab Masalah

Diagram fishbone (Ishikawa) atau diagram tulang ikan merupakan diagram sebab akibat yang membantu mengidentifikasi, memilah, dan menampilkan berbagai penyebab yang mungkin dari suatu masalah atau karakteristik kualitas tertentu. Diagram ini menggambarkan hubungan antara masalah dengan semua faktor penyebab yang mempengaruhi masalah tersebut (Fauziah, 2009).

Diagram fishbone dapat digunakan ketika:

- Mengenali akar penyebab masalah atau sebab mendasar dari akibat, masalah, atau kondisi tertentu
- Memilah dan menguraikan masalah pengaruh timbal balik antar berbagai faktor yang mempengaruhi akibat atau proses tertentu.
- Menganalisa masalah yang ada sehingga tindakan yang tepat dapat diambil.



Gambar 2.1 Diagram Fishbone

BAB III

METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang dilakukan pada lokasi berikut :

Nama instansi : Rumah Sakit Haji Surabaya

Alamat instansi : Jl. Manyar Kertoadi, Surabaya

Kode pos : 60116

Nomor Telepon : (031) 5924000

3.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Magang dilaksanakan pada tanggal 6 Januari 2020 hingga 6 Februari 2020. Adapun waktu magang adalah setiap hari Senin-Jumat. Lama waktu magang setiap hari adalah 8 jam terhitung sejak pukul 07.00 WIB -15.30 WIB, kecuali pada hari Jumat yaitu pukul 07.00 – 14.30 WIB

Tabel 3.1 Waktu dan Kegiatan Magang RSUD Haji Surabaya

No.	Jenis Kegiatan	Januari				Februari			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
1.	Pengenalan dan orientasi di RSUD Haji								
2.	Mempelajari struktur organisasi di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RSUD Haji								
3.	Mengidentifikasi masalah kesehatan dan membuat prioritas masalah								
4.	Menyusun instrumen penelitian								
5.	Pengambilan data primer dan sekunder								
6.	Melakukan pengolahan data								
7.	Melakukan analisis hasil								
8.	Menyusun alternatif pemecahan masalah								
9.	Penyusunan laporan magang								

No.	Jenis Kegiatan	Januari				Februari			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
10.	Seminar laporan magang								

3.3 Metode Pelaksanaan Magang

Metode pelaksanaan magang yang dilakukan adalah melalui studi dokumen, partisipasi, wawancara. Studi dokumen yaitu melaksanakan studi dokumen pada pelaksanaan surveilans Infeksi Daerah Operasi (IDO) yang dalam hal ini adalah terkait dengan pengisian *bundle prevention* IDO yang dilaksanakan di Komite PPI RSUD Haji baik yang terdapat dalam rekam medis pasien (manual) maupun pada aplikasi SI IDO. Studi dokumen juga dilaksanakan pada laporan-laporan yang terdapat di Komite PPI RSUD Haji Surabaya.

Wawancara dilaksanakan dengan tenaga medis dan staf administrasi di Komite PPI RSUD Haji Surabaya untuk mendapatkan penjelasan dan pendalaman terkait suatu hal atau permasalahan.

Partisipasi yaitu berperan aktif dalam menjalankan tugas kerja yaitu membuat laporan kegiatan tahunan, membuat laporan hasil supervisi, atau kegiatan terkait dengan program perbaikan dalam masalah kesehatan di Komite PPI RSUD Haji serta kegiatan lain yang akan disebutkan lebih detil pada lampiran 6.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam menyusun laporan ini adalah dengan dua jenis data, yakni:

1. Data Primer

Data primer didapatkan melalui kegiatan wawancara mendalam (*indepth interview*) yang dilaksanakan kepada tenaga kesehatan. Wawancara pada tenaga medis dilaksanakan pada perawat yang bertugas dalam ruangan untuk mengidentifikasi hambatan dan kendala dalam pengisian *bundle prevention* Infeksi Daerah Operasi (IDO).

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan melakukan studi dokumen pada rekam medis pasien operasi. Studi dokumen dilakukan dengan melihat kelengkapan pengisian

bundle prevention IDO pada ruangan yang memiliki pasien operasi yaitu Ruang Al-Aqsha 4, Al-Aqsha 5, ICU, Paviliun 3, Paviliun Anak, dan Marwah 4 serta dilakukan pada 19 rekam medis yang terdapat pada keenam ruangan tersebut. Studi dokumen kelengkapan pengisian *bundle prevention* IDO secara manual dilaksanakan pada tanggal 13, 15, 17 Januari 2020. Sedangkan studi dokumen kelengkapan pengisian *bundle prevention* IDO pada aplikasi Sistem Informasi Infeksi Daerah Operasi (SI IDO) dilakukan pada tanggal 20 Januari 2020. Formulir yang digunakan untuk melakukan studi dokumen kelengkapan pengisian *bundle prevention* adalah formulir yang dibuat sendiri oleh mahasiswa magang dengan mengacu pada item yang terdapat pada *bundle prevention* IDO.

3.5 Output Kegiatan

Output atau keluaran dari kegiatan yang didapat adalah peserta magang dapat mengetahui program dan kegiatan apa saja yang dilaksanakan oleh Komite PPI RSUD Haji Surabaya. Selain itu, peserta magang juga dapat berpartisipasi langsung dalam pelaksanaan kegiatan/program dan menemukan permasalahan untuk diteliti lebih lanjut guna menghasilkan rekomendasi perbaikan

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1. Gambaran Umum Komite PPI RSU Haji

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSU Haji Surabaya dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Komite PPI sebelumnya bernama Sub Komite Dalin yang berada di bawah Komite Medik. Sejak diterbitkan SK Direktur RSU Haji Surabaya pada tahun 2010, Sub Komite Dalin resmi berganti nama menjadi Komite PPI yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSU Haji Surabaya.

4.1.1. Visi dan Misi Komite PPI RSU Haji

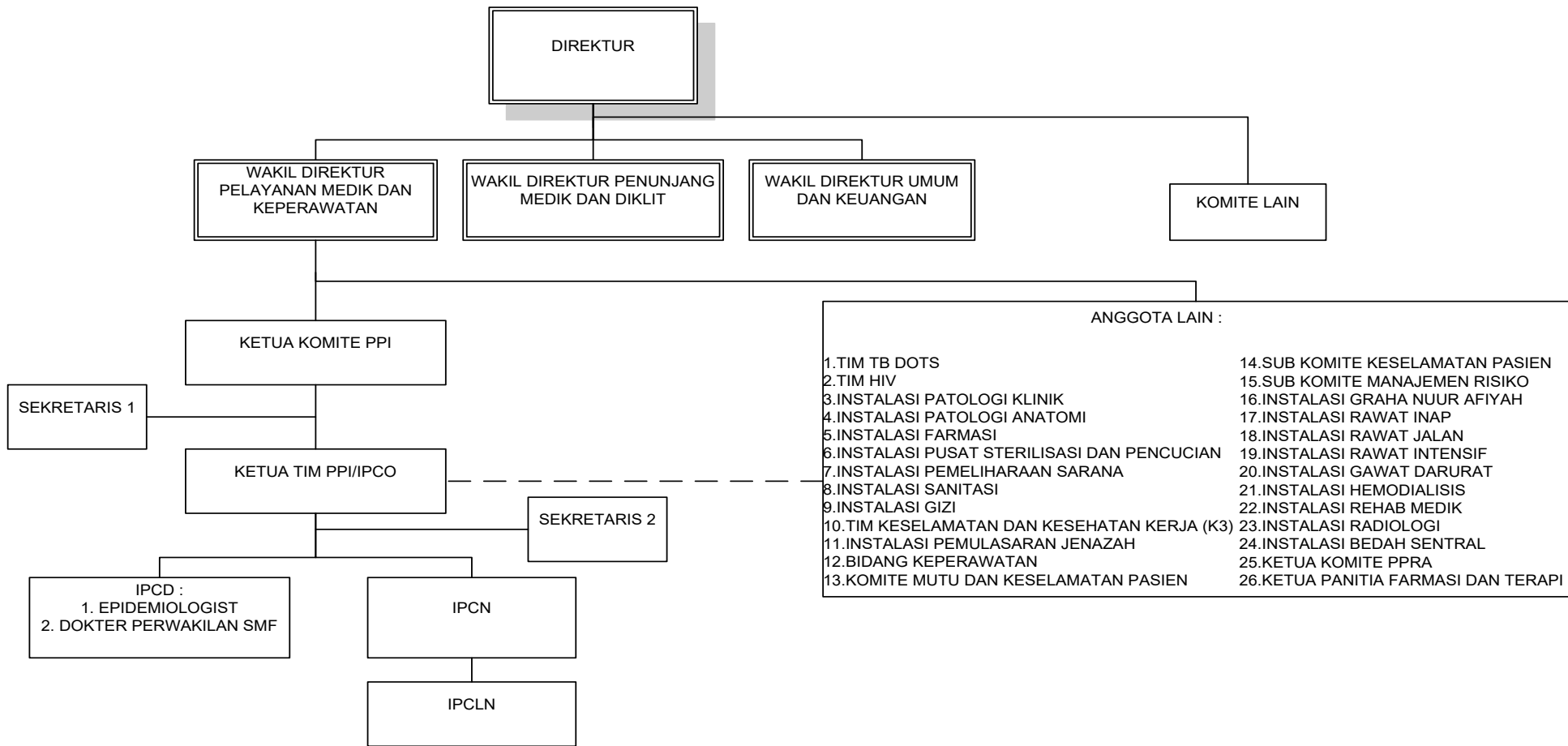
1. Visi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Mengupayakan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang dapat mencegah dan menurunkan angka kejadian infeksi.

2. Misi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

- a. Menyelenggarakan pencegahan infeksi
- b. Menyelenggarakan pengendalian infeksi
- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- d. Menyelenggarakan pemeliharaan fisik dan sarana
- e. Menyelenggarakan surveilans kejadian HAIs (*Healthcare Associated Infections*)
- f. Monitoring penerapan kebijakan PPI

4.1.2. Struktur Organisasi Komite PPI RSU Haji



Gambar 4.1 Struktur Organisasi Komite PPI RSU Haji

4.1.3. Program Komite PPI RSI Haji

Berikut ini beberapa program unit pencegahan dan pengendalian (PPI):

1. Surveilans HAIs (*Healthcare Associated Infections*)
 - a. Surveilans *Blood Stream Infections* (BSI)
 - b. Surveilans *Chateter Associated Infections* (CAUTI)
 - c. Surveilans *Ventilator Associated Infection* (VAP)
 - d. Surveilans *Surgical Site Infections* (SSI)
2. Kewaspadaan Isolasi
 - 1) Kewaspadaan Standar
 - a. Monitoring pelaksanaan penempatan pasien
 - b. Melaksanakan program penyuntikan yang aman dan prinsip pemberian terapi IV
 - c. Melaksanakan program etika batuk
 - d. Menyelenggarakan monitoring kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
 - e. Menyelenggarakan pengendalian lingkungan
 - f. Melaksanakan monitoring sterilisasi di RS
 - g. Menyelenggarakan kesehatan karyawan
 - h. Melaksanakan monitoring *hand hygiene*
 - i. Menyelenggarakan pengelolaan linen
 - j. Menyelenggarakan pengelolaan limbah
 - k. Menyelenggarakan sanitasi makanan
 - 2) Kewaspadaan berdasarkan transmisi
 - a. Kewaspadaan transmisi kontak
 - b. Kewaspadaan transmisi droplet
 - c. Kewaspadaan transmisi *airborne*
3. Pencegahan Infeksi
 - a. Penerapan *Bundle Prevention Blood Stream Infection* (BSI)
 - b. Penerapan *Bundle Prevention Chateter Associated Urinary Tract Infection* (CAUTI)
 - c. Penerapan *Bundle Prevention Ventilator Associated Infection* (VAP)
 - d. Penerapan *Bundle Prevention Surgical Site Infection* (SSI)
4. Diklat (Pelatihan dan Pendidikan)

5. Penggunaan Antibiotik Rasional

4.1.4. Sasaran Program PPI RSUD Haji

Seluruh komunitas RSUD Haji Surabaya yang terdiri dari pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

4.1.5. Kegiatan Surveilans di Komite PPI RSUD Haji Surabaya

1. Pengumpulan Data

Pengumpulan data surveilans dilakukan melalui blanko surveilans harian berdasarkan jenis infeksi (Infeksi Saluran Kemih (ISK), Plebitis, Infeksi Daerah Operasi (IDO), Ventilator Associated Pneumoniae (VAP), dan sepsis).

2. Pengolahan dan Analisis Data

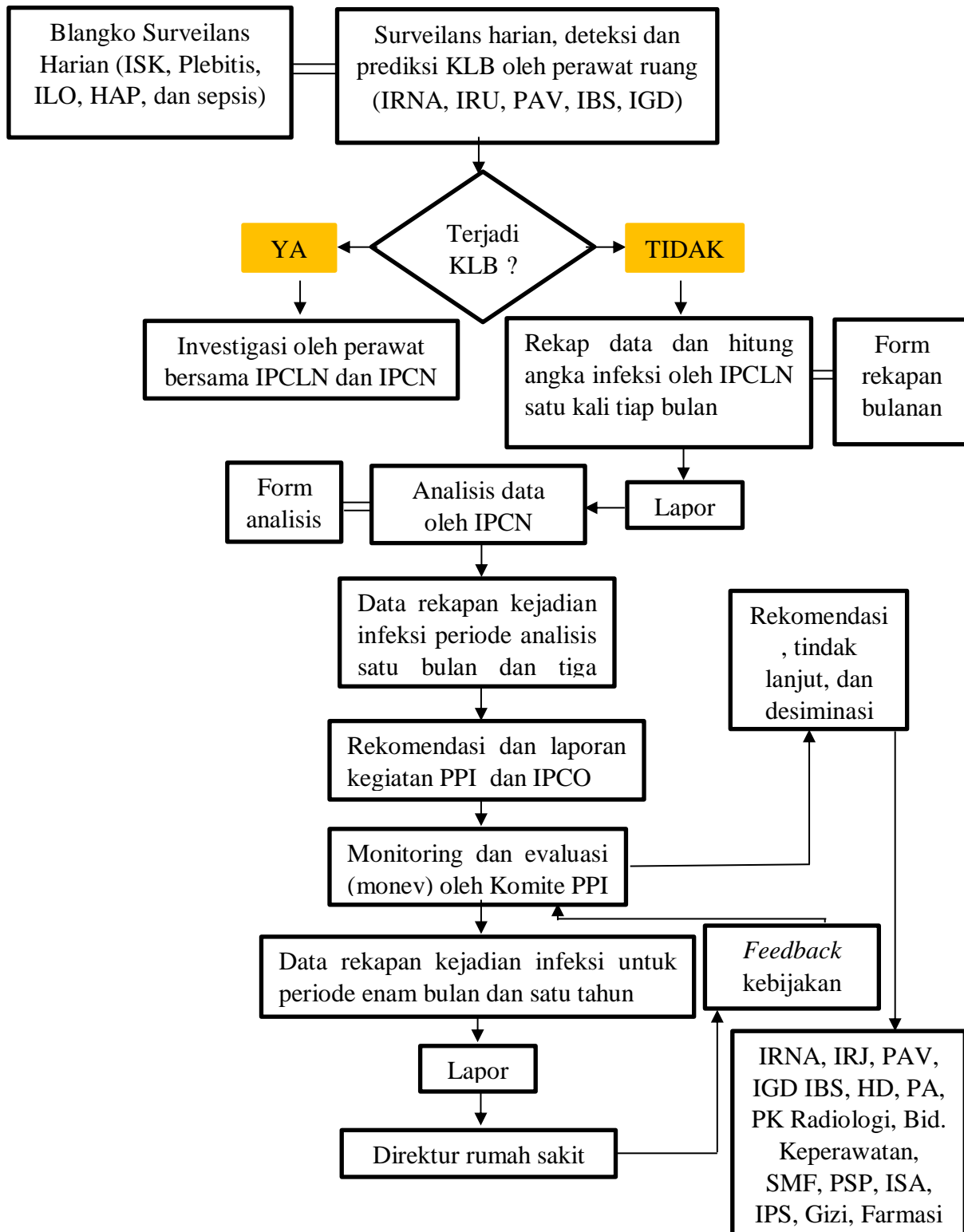
Data surveilans harian kemudian di rekap dan dihitung angka infeksi oleh *Infection Prevention Control Link Nurse (IPCLN)* satu kali tiap bulan serta dibuat laporan bulanan. Kemudian data rekap kejadian infeksi dianalisis oleh *Infection Prevention Control Nurse (IPCN)* setiap satu bulan dan tiga bulan. Dari data rekap tersebut, dilakukan monitoring dan evaluasi oleh Komite PPI.

3. Diseminasi Informasi

Hasil monitoring dan evaluasi oleh Komite PPI kemudian dibuat rekomendasi dan tindak lanjut kepada Instalasi Rawat Inap (IRNA), Instalasi Rawat Jalan (IRJ), Paviliun, Instalasi Gawat Darurat (IGD), Instalasi Bedah Sentral (IBS), Patologi Anatomi, Patologi Klinis, Bidang Keperawatan, Staf Medis Fungsional (SMF), PSP, ISA, Gizi dan Farmasi.

Data rekap kejadian infeksi dalam periode enam bulan dan satu tahun dilaporkan pada Direktur Rumah Sakit.

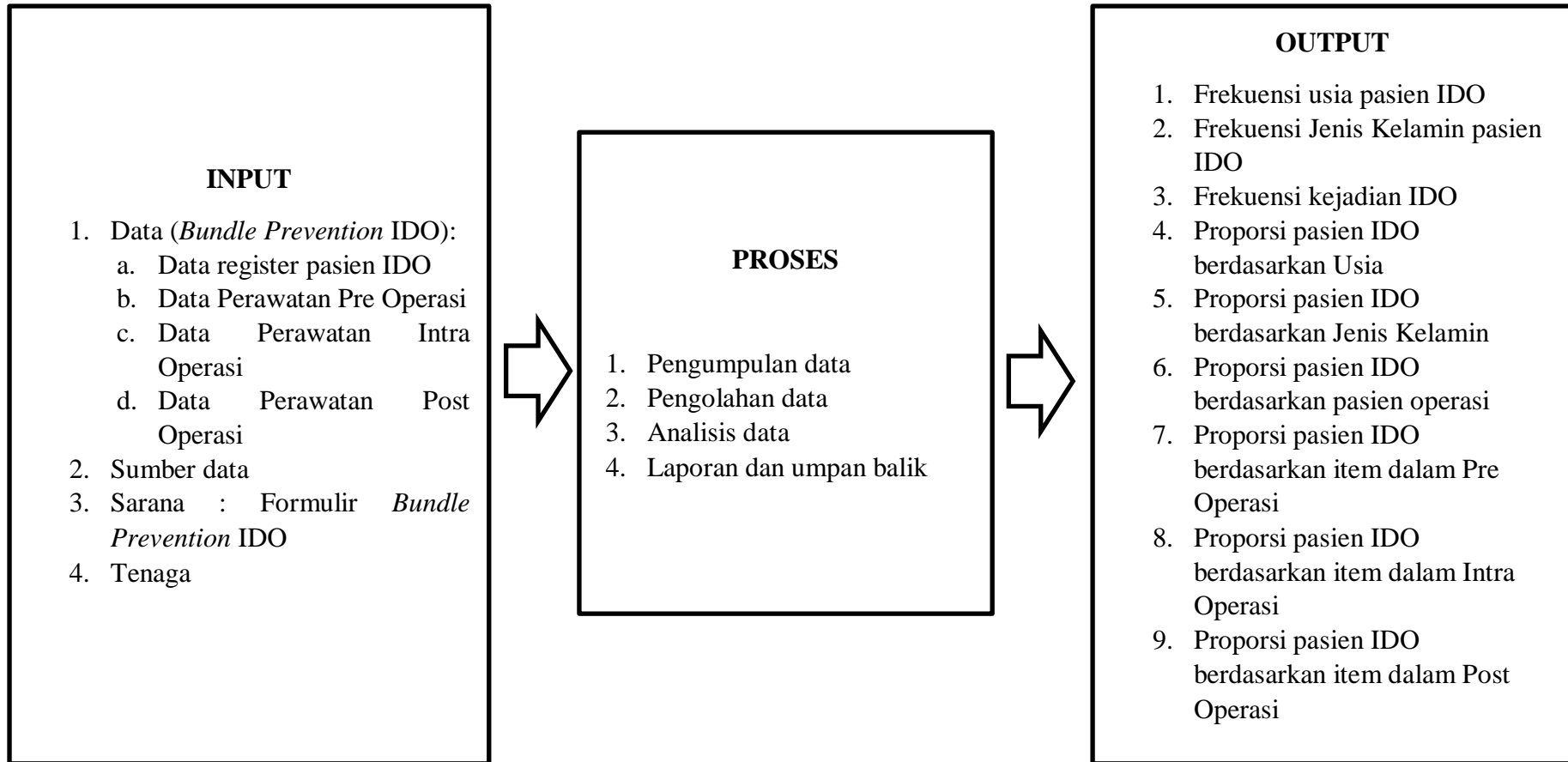
4.1.6. Alur Kegiatan Surveilans di Komite PPI RSU Haji



Sumber: RSU Haji Surabaya (2011)

Gambar 4.2 Alur Kegiatan Surveilans RSU Haji Surabaya

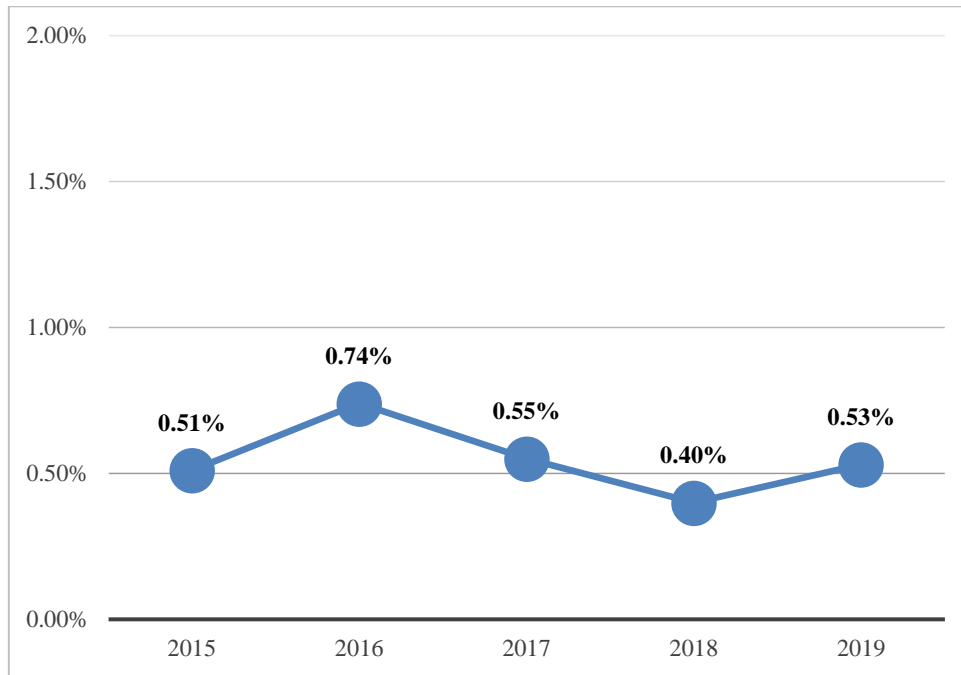
4.1.7. Kegiatan Surveilans Infeksi Daerah Operasi (IDO)



Gambar 4.3 Kegiatan Surveilans IDO di RSUD Haji Surabaya

4.2. Trend Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) Tahun 2015-2019

Berikut adalah trend angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) di RSUD Haji Surabaya dari tahun 2015 hingga 2019.



Sumber: Laporan HAIs Komite PPI tahun 2015-2019

Gambar 4.4 Trend Angka Kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) Tahun 2015-2019 RSUD Haji Surabaya.

Berdasarkan trend kejadian IDO yang terdapat pada gambar, kejadian IDO mengalami kenaikan pada tahun 2016 kemudian pada tahun 2018 mengalami penurunan menjadi 0,40. Namun pada tahun 2019 terjadi kenaikan kejadian menjadi 0,53%.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, menyatakan bahwa standar Infeksi Nosokomial atau Healthcare Associated Infections sebesar $\leq 1,5\%$. Berdasarkan standar tersebut, meskipun terjadi kenaikan angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) pada tahun 2019 namun masih dibawah standar pelayanan minimal rumah sakit.

Banyaknya jumlah operasi di RSUD Haji Surabaya beserta kejadian IDO dari tahun 2015-2019 digambarkan pada tabel dibawah ini.

Tabel 4.1 Kejadian IDO dan Jumlah Pasien Operasi di Tahun 2015-2019

No.	Tahun	Jumlah Kejadian IDO	Jumlah Pasien Operasi	%
1.	2015	10	1655	0,51
2.	2016	15	2142	0,74
3.	2017	11	2960	0,55
4.	2018	4	3170	0,40
5.	2019	2	3593	0,53

Sumber: Laporan HAIs Komite PPI tahun 2015-2019

4.3. Gambaran Surveilans Infeksi Daerah Operasi (IDO)

a. Standar Prosedur Operasional Surveilans Infeksi Daerah Operasi (IDO)

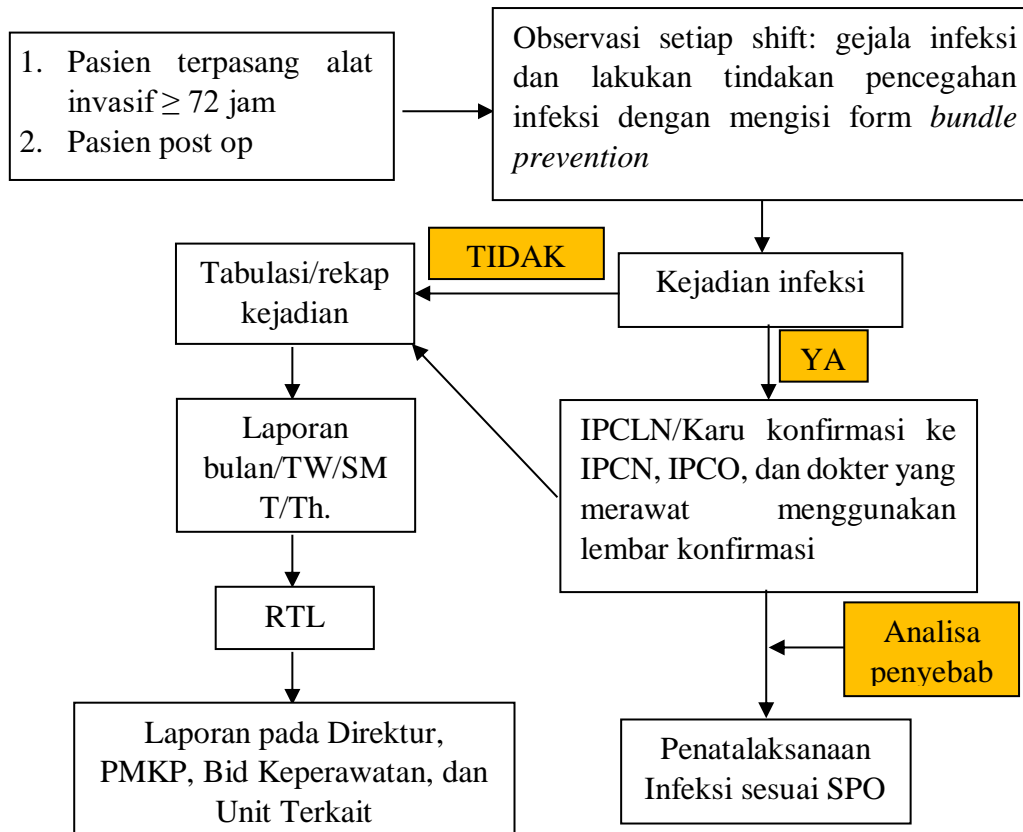
- 1) Lakukan item no 1 sampai dengan no 3
- 2) Format “*Bundle Prevention*” IDO (Infeksi Daerah Operasi) diisi oleh perawat ruangan pada saat pasien pre op, perawat anaestesi, pada saat pra sedasi, perawat bedah pada saat pasien durante operasi, perawat ruangan dan rawat jalan pada saat pasien rumah sakit operasi.
- 3) Pasien yang dilakukan pembedahan diikuti perkembangannya waktu pre op-sedasi-durante operasi dan post op
- 4) Jika ada tanda infeksi meliputi: jahitan (Hecting) yang terbuka, pus purulen, demam kemerahan, disekitar insisi, dan juga didukung oleh hasil kultur pus yang positif, maka lakukan konfirmasi pada IPCLN dan IPCN yang dilanjutkan konfirmasi pad adokter merawat.
- 5) Lengkapi lembar konfirmasi dan minta tanda tangan dokter yang merawat
- 6) Lakukan perawatan luka operasi
- 7) Dokumentasi kejadian IDO pada formulir surveilans harian dan bulanan
- 8) Buat rekapitan/tabulasi hasil surveilans
- 9) Lakukan analisa data dan interpretasi menggunakan blangko konfirmasi untuk mencari penyebab
- 10) Lakukan strategi perbaikan kejadian HAIs dari faktor penyebab masing-masing unit yang dievaluasi tiap bulan dan triwulan

- 11) Buat laporan hasil surveilans yang diserahkan pada tim PPI, Kepala Ruangan, dan Kepala Instalasi dan Direksi
- 12) Hasil surveilans akan didesiminasikan pada yang berkepentingan dan dapat diakses di *Web* dengan *password* khusus (Konfirmasi pada PPI).

(RSU Haji Surabaya, 2011)

b. Tatalaksana Surveilans Infeksi Daerah Operasi (IDO)

- i. Pasien yang direncanakan operasi, mendaftarkan ke admisi. Petugas admisi melengkapi formulir IDO.
- ii. Formulir IDO dilampirkan dalam Rekam Medis untuk diisi oleh petugas ruangan, mulai dari persiapan pra operasi, saat *durante* sampai dengan post operasi.
- iii. Petugas melakukan entry data *bundle surveillans* IDO dalam aplikasi IDO.
- iv. Pasien post operasi yang sudah KRS akan dipantau kejadian IDOnya di rawat jalan.
- v. Bila terjadi IDO, Perawat *surveillance* (IPCLN) atau kepala ruangan menindaklanjuti kejadian infeksi daerah operasi dengan merekomendasikan perawatan daerah operasi dan pemeriksaan cairan purulen dari daerah operasi atau konsultasikan dengan dokter tentang penyebab infeksi daerah operasi dan pengobatannya.
- vi. Jika dicurigai IDO, Petugas/ IPCLN melaporkan pada IPCN.
- vii. IPCN melakukan investigasi kejadian.
- viii. Petugas mencatat kejadian IDO dalam form konfirmasi yang dientry pada Aplikasi SI IDO.



Sumber: Panduan Surveilans RSU Haji Surabaya

Gambar 4.5 Alur Tatalaksana Surveilans IDO

Pasien yang terpasang alat invasive ≥ 72 jam dan pasien post op dilakukan observasi setiap shift. Observasi dilakukan untuk memantau gejala infeksi dan melakukan tindakan pencegahan infeksi dengan mengisi formulir *bundle prevention*. Jika terdapat gejala atau curiga infeksi selama observasi berlangsung, maka IPCLN dan Kepala Ruangan wajib konfirmasi pada IPCN, IPCO dan dokter yang merawat maksimal 1x24 jam setelah temuan kejadian untuk investigasi dan menegakkan diagnosa HAIs. Setelah dilakukan investigasi dan dinyatakan bahwa temuan tersebut adalah HAIs maka, IPCN menganalisis penyebab dan menindaklanjuti kejadian infeksi dengan merekomendasikan penatalaksanaan infeksi sesuai dengan SPO.

IPCLN mencatat kejadian infeksi dengan mengisi formulir konfirmasi HAIs. Ada atau tidaknya kejadian infeksi, IPCLN wajib melaporkan hasil observasi ke Komite PPI untuk dilakukan tabulasi atau rekap kejadian. Pelaporan IPCLN kepada komite PPI dikumpulkan sebelum tanggal 5 (lima) setiap bulannya.

Komite PPI melakukan tabulasi atau rekap kejadian serta rencana tindak lanjut (RTL) dan melaporkan kepada Direktur, PMKP, Bidang Keperawatan, dan unit terkait berupa laporan Triwulan, Semester dan Tahunan (RSU Haji Surabaya, 2018).

4.4. Hasil Studi Dokumen Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* IDO

a. Komponen Formulir *Bundle Prevention* Infeksi Daerah Operasi

Tabel 4.2 Komponen Formulir *Bundle Prevention* Infeksi Daerah Operasi (IDO) di RSU Haji Surabaya

No.	Komponen	Keterangan	Item dalam Komponen
1.	Register	Kolom yang berisi data diri pasien	Nomor Rekam Medik
			Nama Pasien
			Jenis Kelamin
			Tanggal Lahir
			Alamat
2.	Pre Operasi di Ruang (diisi oleh ruangan)	Kolom yang diisi oleh ruangan sebelum pasien dioperasi	Tanggal Masuk Rumah Sakit (MRS)
			Tanggal Keluar Rumah Sakit (MRS)
			Merokok
			Operasi Kru Trauma
			Gula Darah
			Berat Badan
			Tinggi Badan
			Steroid Jangka Panjang
			Radioterapi sebelumnya
			Suhu Pasien
			Albumin
			Mandi Sebelum Operasi
			Screening MRSA
			Diagnosa Operasi
			Diagnosa Medis
Mechanical bowel			
Penyakit saat ini			
Riwayat pasien sekarang			

3.	Pre Operasi di Anaestesi (diisi oleh Anaestesi)	Kolom yang harus diisi oleh Anaestesi sebelum pasien dilakukan operasi	Jenis Operasi
			ASA Score
			Jenis Anaestesi
			Operator Anaestesi
4.	Durante Operasi	Kolom yang harus diisi oleh ruang OK (ruang operasi) ketika operasi sedang dilaksanakan	Sirkulasi udara
			Kultur udara
			Kelembaban ruang OT
			Profilaksis
			Antibiotik tambahan saat operasi
			Desinfeksi kulit
			Tekanan udara
			Jamur AC
			Suhu ruangan
			Drain
			Implant
			Sterilisasi CSSD
			Indikator instrumen/alat steril
			Jumlah staf
			Rang operasi
			Pencukuran
			Waktu pencukuran
			Kualifikasi dokter bedah
			Mulai operasi (jam/menit)
			Selesai operasi (jam/menit)
5.	Post Operasi (diisi oleh)	Kolom yang harus diisi oleh ruang perawatan	Rawat Luka
			Dressing

	ruang perawata)	ketika pasien setelah dilakukan operasi	Buang Cairan, membuka drain
			Aff drain
			Angkat jahitan
			Antibiotik
			Keluar Rumah Sakit (KRS)
			Kontrol poli
6.	Identifikasi IDO	Kolom yang harus untuk mendeteksi ada atau tidaknya IDO	Nyeri lokal dan sakit
			Demam ($\geq 38^{\circ}$)
			Kemerahan
			Drainase perulen/pus
			Bengkak terlokalisir
			Kuman pada kultur pus
			Ada abses saat re-operasi (pemeriksaan Radiologi/PA)
			Diagnosa dokter : IDO

b. Distribusi Frekuensi Menurut Usia

Berdasarkan studi dokumen dilakukan kepada 19 rekam medis atau pasien operasi. Rata-rata pasien operasi yang dievaluasi pengisian *bundle preventionnya* pada periode evaluasi berusia 43 tahun. Kelompok usia kurang dari 30 tahun sebanyak 4 pasien, pada kelompok usia 31 sampai dengan 60 tahun sebanyak 12 pasien, serta pada kelompok usia lebih dari 61 tahun sebanyak 3 pasien.

Tabel 4.3 Distribusi Frekuensi Menurut Usia

Kategori Usia (Tahun)	Frekuensi	(%)	Mean
≤ 30	4	21%	43
31 – 60	12	63%	
≥ 61	3	16%	
TOTAL	19	100%	

Berdasarkan studi dokumen dilakukan kepada 19 rekam medis atau pasien operasi, didapatkan sebanyak 10 pasien memiliki jenis kelamin laki-laki dan 9 pasien memiliki jenis kelamin perempuan. Berikut merupakan tabel distribusi pasien operasi berdasarkan jenis kelamin selama periode 13 sampai 17 Januari 2020.

Tabel 4.4 Distribusi Frekuensi Menurut Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	n	(%)
Laki-Laki	10	53%
Perempuan	9	47%
TOTAL	19	100%

Berdasarkan penelitian yang dilakukan di RSUP Fatmawati pada periode Juli sampai Oktober 2018, menunjukkan hasil analisis bivariat dan multivariat pada variabel usia dan jenis kelamin menunjukkan nilai p-value $> 0,05$ yang artinya bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara usia dan jenis kelamin dengan kejadian IDO (Asrawal, 2019).

c. Pengisian secara manual

Berdasarkan hasil evaluasi kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* yang terdapat didalam status rekam medis pasien secara keseluruhan dari semua ruangan yang memiliki pasien operasi, pada item Pre Operasi yang diisi oleh ruangan didapatkan hasil 51% kelengkapan item yang terisi dari keseluruhan item yang dinilai. Sedangkan pada item Pre Operasi yang diisi oleh Anaestesi didapatkan hasil sebesar 98% kelengkapan item yang terisi dari keseluruhan item yang dinilai. Pada item Durante Operasi yang diisi oleh Ruang OK didapatkan hasil sebesar 76% kelengkapan item yang terisi. Serta pada item Identifikasi IDO yang diisi oleh ruangan didapatkan hasil sebesar 31% kelengkapan item yang terisi. Secara keseluruhan, item yang memiliki tingkat kepatuhan rendah adalah item Identifikasi IDO. Dalam *bundle prevention* IDO, item identifikasi IDO mempunyai 8 item penilaian. Dalam 8 item penilaian tersebut, ada atau tidak ada gejala harus diisi oleh perawat, namun sebagian besar perawat hanya mengisi apabila terdapat gejala saja. Berikut adalah tabel hasil evaluasi kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* IDO yang secara manual pada tanggal 13 sampai 17 Januari 2020.

Tabel 4.5 Hasil Evaluasi Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* Infeksi Daerah Operasi (IDO) Secara Manual

RUANG	JUMLAH PASIEN	PRE OPERASI						DURANTE OPERASI			IDENTIFIKASI IDO		
		RUANGAN			ANAESTESI			n	d	(%)	n	d	(%)
		n	d	(%)	n	d	(%)						
Al-Aqsha 5	8	41	64	64%	18	24	86%	66	96	79%	42	64	75%
ICU	1	0	8	0%	3	3	100%	9	12	75%	0	8	0%
PAV 3	6	25	48	52%	18	18	100%	63	72	88%	6	48	13%
PAV ANAK	1	5	8	63%	3	3	100%	8	12	67%	0	8	0%
Al-Aqsha 4	2	7	16	38%	6	6	100%	21	24	88%	16	16	100%
Marwah 4	1	7	8	88%	3	3	100%	7	12	58%	0	8	0%
TOTAL	19			51%			98%			76%			31%

Keterangan tabel:

n = Numerator (jumlah kolom yang terisi x jumlah pasien)

d = Denominator (jumlah kolom yang tersedia x jumlah pasien)

Berdasarkan Tabel 4.5, item dengan pengisian terendah adalah pada item Identifikasi IDO yaitu 0%. Hasil tersebut sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh (Putri, 2016) yang meneliti terkait dengan evaluasi pengisian *bundle prevention* IDO. Menurut penelitian tersebut didapatkan hasil yang terendah terdapat pada item post operasi atau item identifikasi IDO yaitu sebesar 1%.

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit menyatakan bahwa standar minimal kegiatan pencatatan dan pelaporan Infeksi Nosokomial atau Healthcare Associated Infection di rumah sakit adalah sebesar 75%. Berdasarkan hasil evaluasi tersebut, maka item yang memenehi standar minimal tersebut adalah item Pre operasi di Ruangan dan Identifikasi IDO.

d. Pengisian melalui aplikasi SI IDO

Berdasarkan hasil evaluasi kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* pada aplikasi SI IDO secara keseluruhan dari semua ruangan yang memiliki pasien operasi, pada item Pre Operasi yang diisi oleh ruangan didapatkan hasil 17% kelengkapan item yang terisi dari keseluruhan item yang dinilai. Sedangkan pada item

Pre Operasi yang diisi oleh Anaestesi didapatkan hasil sebesar 90% kelengkapan item yang terisi dari keseluruhan item yang dinilai. Pada item Durante Operasi yang diisi oleh Ruang OK didapatkan hasil sebesar 65% kelengkapan item yang terisi. Serta pada item Identifikasi IDO yang diisi oleh ruangan didapatkan hasil sebesar 0% kelengkapan item yang terisi. Berikut adalah tabel hasil evaluasi kelengkapan pengisian formulir bundle prevention IDO yang menggunakan aplikasi SI IDO pada tanggal 13 sampai 17 Januari 2020.

Tabel 4.6 Hasil Evaluasi Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* Infeksi Daerah Operasi (IDO) di Aplikasi SI IDO

RUANG	JUMLAH PASIEN	PRE OPERASI						DURANTE OPERASI			IDENTIFIKASI IDO		
		RUANGAN			ANAESTESI			n	d	(%)	n	d	(%)
		n	d	(%)	n	d	(%)						
Al-Aqsha 5	8	0	64	0%	21	24	88%	24	96	25%	0	64	0%
ICU	1	0	8	0%	3	3	100%	12	12	100%	0	8	0%
PAV 3	6	0	48	0%	18	18	100%	48	72	67%	0	48	0%
PAV ANAK	1	0	8	0%	3	3	100%	12	12	100%	0	8	0%
Al-Aqsha 4	2	16	16	100%	3	6	50%	24	24	100%	0	16	0%
Marwah 4	1	0	8	0%	3	3	100%	0	12	0%	0	8	0%
TOTAL	19			17%			90%			65%			0%

Keterangan tabel:

n = Numerator (jumlah kolom yang terisi x jumlah pasien)

d = Denominator (jumlah kolom yang tersedia x jumlah pasien)

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit menyatakan bahwa standar minimal kegiatan pencatatan dan pelaporan Infeksi Nosokomial atau Healthcare Associated Infection di rumah sakit adalah sebesar 75%. Berdasarkan hasil evaluasi tersebut, maka item yang memenuhi standar minimal tersebut adalah item Pre operasi di Anaestesi.

4.5. Masalah Pelaksanaan Surveilans IDO di RSUD Haji

Berdasarkan hasil observasi dan *indepth interview* dengan IPCN dan IPCLN dan data sekunder yang ada, maka ditemukan list masalah sebagai berikut.

- a. Sosialisasi tentang pengisian formulir *bundle prevention* IDO belum optimal
- b. Ketidapatuhan perawat dalam mengisi formulir *bundle prevention* IDO
- c. Ketidapatuhan perawat dalam mengisi di aplikasi SI IDO

4.6. Penentuan Prioritas Masalah

Berdasarkan pada list masalah yang telah ditemukan dalam kegiatan surveilans IDO di RSUD Haji Surabaya, kemudian dilakukan penentuan prioritas masalah menggunakan metode Urgency, Seriousness, dan Growth (USG). Urgency adalah seberapa serius masalah, Seriousness yaitu seberapa serius sebuah masalah apabila terjadi penundaan pemecahan masalah. Sedangkan Growth adalah kemungkinan masalah tersebut makin berkembang apabila dibiarkan. USG dilaksanakan dengan total enam anggota yang terdiri dari dua IPCN, serta empat mahasiswa. Masing-masing peserta USG melakukan penilaian dengan kriteria penilaian skor 1-5 pada masing-masing aspek. Hasil skoring terbanyak akan menjadi prioritas masalah berdasarkan urutan ranking dari masalah-masalah yang ditemukan. Berdasarkan hasil skoring dari masalah-masalah yang diangkat dalam kegiatan surveilans IDO di RSUD Haji Surabaya adalah sebagai berikut.

Tabel 4.7 Hasil Skoring Prioritas Masalah Dalam Kegiatan Surveilans IDO Menggunakan Metode USG

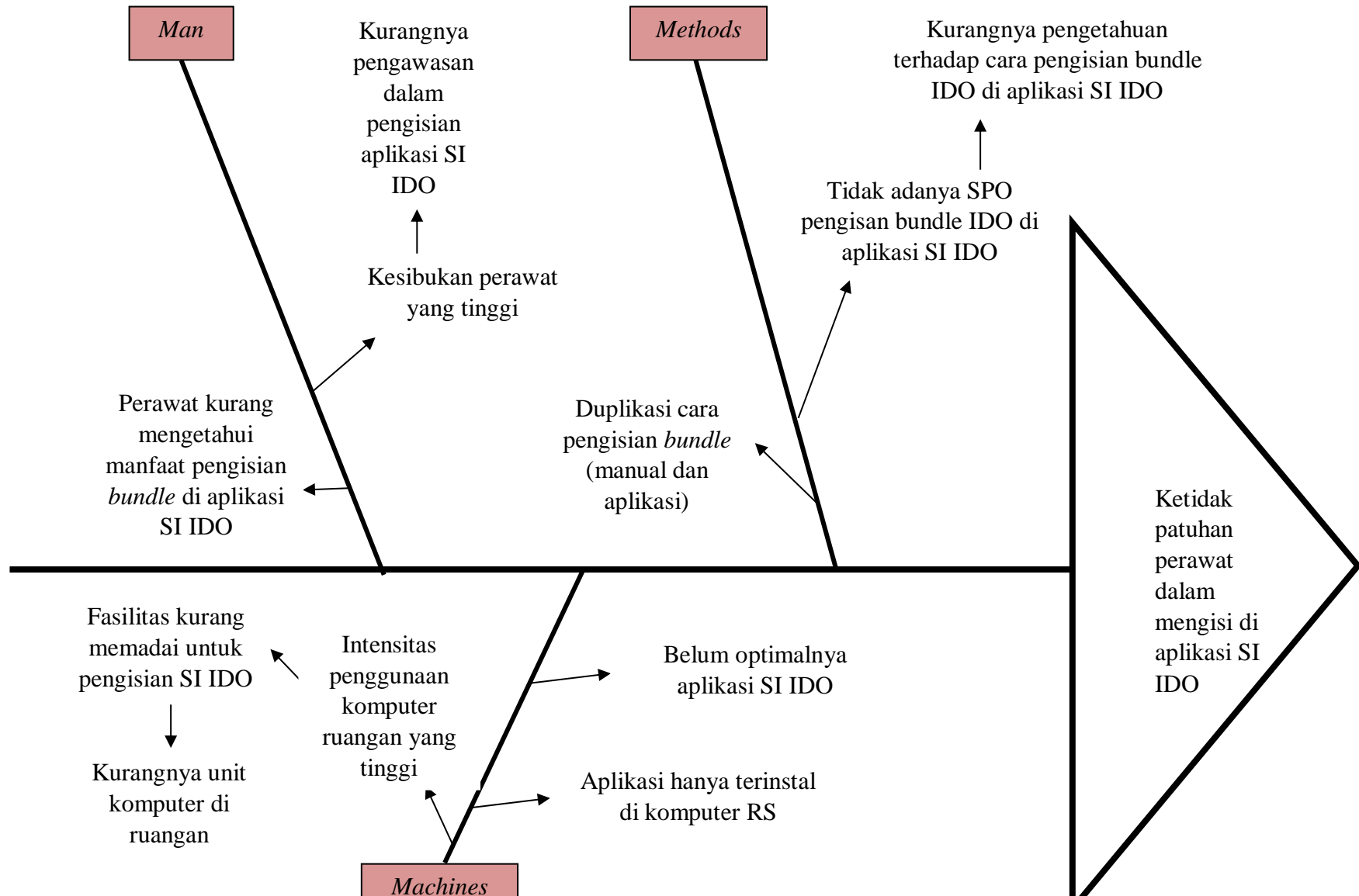
No.	Responden	Kategori USG	Masalah		
			A	B	C
1.	IPCN 1	<i>Urgency</i>	2	3	5
		<i>Seriousness</i>	2	2	4
		<i>Growth</i>	2	3	5
2.	IPCN 2	<i>Urgency</i>	2	3	4
		<i>Seriousness</i>	2	2	3
		<i>Growth</i>	2	3	4
3.	Mahasiswa 1	<i>Urgency</i>	3	3	4
		<i>Seriousness</i>	2	2	3
		<i>Growth</i>	2	2	4
Total			19	23	36
Prioritas Masalah			3	2	1

Berdasarkan tabel 2.1 dapat diketahui bahwa urutan prioritas masalah dalam Surveilans IDO adalah yang pertama merupakan ketidak patuhan pengisian aplikasi SI IDO, kedua merupakan Ketidapatuhan perawat dalam mengisi formulir *bundle prevention* IDO,

kemudian yang ketiga merupakan Sosialisasi tentang pengisian formulir *bundle prevention* IDO belum optimal.

4.7. Penentuan Penyebab Masalah

Berdasarkan prioritas masalah yang ditentukan dengan metode USG, maka dilakukan penentuan penyebab masalah menggunakan diagram Fishbone untuk mengetahui penyebab masalah. Berikut ini merupakan hasil fish bone berdasarkan prioritas masalah dalam pelaksanaan Surveilans IDO.



Gambar 4.6 Diagram *Fishbone* Ketidakpatuhan perawat dalam mengisi di aplikasi SI IDO

1) *Man*

- 1) Kesibukan perawat yang tinggi sehingga terkadang perawat lupa untuk mengisi *bundle prevention* IDO dan melewati beberapa item yang sebenarnya harus diisi. Kesibukan perawat disini adalah melakukan asuhan keperawatan kepada pasien.
- 2) Kurangnya pengawasan dalam pengisian di aplikasi SI IDO. Tidak adanya program evaluasi dan monitoring pada pengisian SI IDO mengakibatkan masalah dalam kepatuhan pengisian *bundle prevention* IDO di aplikasi SI IDO.
- 3) Perawat kurang mengetahui manfaat dari pengisian *bundle prevention* di aplikasi SI IDO. Pengisian *bundle prevention* dalam aplikasi SI IDO dapat memudahkan dalam melakukan pengolahan data. Dan ketika terjadi ledakan kasus maka dapat dengan mudah untuk dilakukan analisis pada data pasien yang telah di input di aplikasi SI IDO. Manfaat seperti itu yang kurang dipahami oleh perawat. Perawat terlalu fokus dalam pemberian asuhan perawatan sehingga kurang memahami akan pentingnya dari pencatatan dan pelaporan.

2) *Methods*

- 1) Duplikasi cara pengisian *bundle prevention* IDO. Pengisian *bundle prevention* IDO masih dilakukan dengan dua cara yaitu secara manual dan melalui aplikasi. Aplikasi yang dimaksudkan disini adalah aplikasi IDO. Data yang diisikan dalam keduanya juga sama persis sehingga perawat cenderung memilih salah satu dari kedua cara tersebut yaitu secara manual. Hal tersebut yang menyebabkan pengisian di aplikasi SI IDO menjadi rendah.
- 2) Tidak adanya SPO pengisian *bundle prevention* IDO di aplikasi SI IDO sehingga tata cara pengisian di aplikasi SI IDO belum tertulis secara resmi dan jelas. Hal tersebut yang menyebabkan kurangnya pengetahuan perawat mengenai pengisian *bundle prevention* IDO di aplikasi SI IDO. Serta program evaluasi dan monitoring belum dapat dilakukan dikarenakan belum adanya SPO mengenai pengisian *bundle prevention* di aplikasi SI IDO.

3) *Machines*

- 1) Intenstas penggunaan komputer yang tinggi dan fasilitas yang kurang memadai yang menyebabkan kendala dalam pengisian aplikasi SI IDO. Fasilitas yang kurang memadai disini adalah kurangnya unit komputer yang terdapat didalam ruangan.
- 2) Aplikasi SI IDO hanya dapat terinstall di komputer RS sehingga pengisian harus menggunakan komputer ruangan.

- 3) Belum optimalnya aplikasi SI IDO. Output aplikasi SI IDO tidak dapat menganalisis kasus IDO berdasarkan faktor risiko IDO. Sehingga kejadian IDO tidak dapat di hubungkan dengan faktor risiko yang terdapat dalam *bundle prevention* IDO.

4.8. Alternatif Solusi

Berdasarkan hasil identifikasi penyebab masalah yang terjadi terkait dengan ketidakpatuhan pengisian *bundle prevention* pada aplikasi SI IDO di RSUD Haji Surabaya, maka alternatif solusi yang dapat ditawarkan adalah dengan melakukan optimalisasi pelaksanaan aplikasi SI IDO.

a. Nama Kegiatan: Optimalisasi pelaksanaan aplikasi SI IDO

b. Tujuan kegiatan:

1) Tujuan umum:

Menurunkan angka kejadian IDO di RSUD Haji Surabaya dengan melakukan optimalisasi pelaksanaan pengisian *bundle prevention* IDO menggunakan aplikasi SI IDO.

2) Tujuan khusus

a) Meningkatkan kepatuhan para perawat dalam pengisian *bundle prevention* IDO

b) Meningkatkan efektivitas pengisian *bundle prevention* melalui aplikasi SI IDO

c) Meningkatkan efektivitas pengolahan data melalui aplikasi SI IDO

d) Memberikan edukasi kepada perawat cara pengisian *bundle prevention* IDO melalui aplikasi SI IDO

Tabel 4.5 Alternatif Solusi

No.	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN	TARGET
1.	Peningkatan pengetahuan cara pengisian	Re-sosialisasi cara pengisian <i>bundle</i>	1. Melakukan re-sosialisasi 2. Melakukan pre-test dan post-test	100% perawat memahami cara pengisian <i>bundle prevention</i> IDO

	<i>bundle prevention</i> IDO	<i>prevention</i> IDO	3. Melakukan monitoring cara pengisian <i>bundle prevention</i> IDO	yang benar sesuai dengan SPO
2.	Aplikasi SI IDO	Membuat Kebijakan pengisian <i>bundle prevention</i> melalui aplikasi SI IDO	1. Menyusun kebijakan pengisian <i>bundle prevention</i> IDO di aplikasi SI IDO	Terbentuknya kebijakan pengisian <i>bundle prevention</i> melalui aplikasi SI IDO
			2. Membuat kebijakan terkait dengan petugas yang menginput data ke aplikasi SI IDO satu orang per ruangan	
			3. Sosialisasi kebijakan kepada perawat	
			4. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan kebijakan	
	Memperbaiki kekurangan dalam aplikasi SI IDO	1. Mengusulkan perbaikan kepada SIM RS (menambahkan analisis faktor risiko sesuai dengan item dalam <i>bundle prevention</i> IDO dengan kejadian IDO)	Perbaikan aplikasi SI IDO sesuai dengan kendala	
		2. Melakukan monitoring perbaikan		
	Peralihan cara pengisian <i>bundle prevention</i> IDO ke aplikasi SI IDO	1. Sosialisasi perubahan cara pengisian <i>bundle prevention</i> IDO	Penghapusan duplikasi pengisian <i>bundle prevention</i> IDO	
Monitoring pengisian SI IDO	1. Menindak lanjuti Kepala Ruangan atas tanggung jawabnya melakukan monitoring kelengkapan pengisian SI IDO	100% pasien operasi terinput datanya dalam aplikasi SI IDO		
	2. Membuat checklist kelengkapan pengisian untuk mempermudah IPCN dalam mengevaluasi kolom yang tidak terisi			

			3. Melakukan evaluasi secara langsung dalam aplikasi SI IDO dengan menggunakan checklist setiap 1 bulan sekali.	
			4. Melakukan feedback kepada ruangan terkait dengan hasil evaluasi IPCN setiap 1 bulan sekali	
			5. Memberikan reward and punishment terhadap ruangan yang tidak patuh dan ruangan yg patuh dalam pengisian SI IDO	
3.	Fasilitas komputer ruangan	Meningkatkan optimalisasi penggunaan komputer ruangan	Mengatur jam khusus pembebasan penggunaan komputer untuk pengisian SI IDO	Sehari 1 jam.

4.9 Kegiatan Magang

1. Orientasi Magang

- a. Waktu Pelaksanaan : Senin, 6 Januari 2020
- b. Tempat kegiatan : Aulah Roudhoh
- c. Rincian Kegiatan :

Orientasi magang dilaksanakan bagi mahasiswa magang yang baru melaksanakan magang. Orientasi magang dilaksanakan dengan tujuan sebagai pengenalan lingkungan Rumah Sakit yang menjadi tempat magang. Adapun materi yang disampaikan selama orientasi magang berlangsung adalah Jam Kerja, Momen Cuci Tangan, Patient Safety, serta Pengendalian dan Pencegahan Infeksi (PPI).

2. Membantu Membuat Formulir Evaluasi Kelengkapan Bundle Prevention IDO

- a. Waktu Pelaksanaan : 10 Januari 2020
- b. Tempat kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Formulir ceklist kelengkapan pengisian bundle prevention IDO belum tersedia di Komite PPI, maka dari itu pembuatan ceklist kelengkapan pengisian bundle prevention IDO dilakukan. Ceklist tersebut bertujuan untuk mengevaluasi kelengkapan pengisian dari formulir bundle prevention IDO berdasarkan item yang terdapat didalamnya. Item-item tersebut antara lain yaitu pre operasi yang diisi oleh ruangan, pre operasi yang diisi oleh anaestesi, durante operasi yang diisi oleh ruang OK, serta item post operasi yang diisi oleh ruang perawatan.

3. Membantu Membuat Laporan Kepatuhan Alat Pelindung Diri (APD)

- a. Waktu Pelaksanaan : 8 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Laporan kepatuhan APD merupakan salah satu laporan yang dikerjakan oleh Komite PPI. Mahasiswa membantu membuat grafik dari data pelaporan kepatuhan APD pada setiap ruangan. Kemudian melakukan pengolahan data data triwulan serta membuat PPT dari laporan kepatuhan APD.

4. Melakukan Studi Dokumen Kelengkapan Pengisian Bundle Prevention IDO

- a. Waktu Pelaksanaan : 13-20 Januari 2020
- b. Tempat kegiatan : Al-Aqsha 4, Al-Aqsha 5, ICU, Paviliun 3, Paviliun Anak, dan Marwah 4
- c. Rincian Kegiatan :

Studi dokumen kelengkapan pengisian Bundle Prevention IDO dilakukan untuk mengevaluasi kelengkapan item yang terisi pada formulir bundle prevention sebagai upaya pencegahan dan pengendalian Infeksi Daerah Operasi (IDO). Studi dokumen kelengkapan pengisian bundle prevention IDO dilaksanakan dengan cara melakukan ceklist pada setiap item yang terisi dalam bundle prevention IDO baik pada rekam medis pasien maupun pada aplikasi Sistem Informasi Infeksi Daerah Operasi (SI IDO).

5. Membantu Membuat Laporan Kinerja Komite PPI

- a. Waktu Pelaksanaan : 21 Januari 2020
- b. Tempat kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Laporan kinerja PPI merupakan salah satu laporan tahunan dari Komite PPI. Mahasiswa membantu memasukkan program kerja komite PPI 2019 ke dalam laporan kinerja Komite PPI 2019 serta membantu untuk memasukkan skor kinerja yang didapatkan oleh komite PPI berdasarkan program kerja selama tahun 2019.

6. Membantu Membuat Laporan Program IDO

- a. Waktu Pelaksanaan : 23 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Infeksi Daerah Operasi (IDO) merupakan salah satu program prioritas dari Komite PPI. Mahasiswa membantu menyusun latar belakang dari laporan program IDO.

7. Membuat Rencana Tindak Lanjut (RTL) Hasil Evaluasi Bundle Prevention IDO

- a. Waktu Pelaksanaan : 4 Februari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Hasil dari studi dokumen kelengkapan pengisian bundle prevention IDO diinterpretasikan kedalam diagram batang serta dibuat rencana tindak lanjut untuk di feedback kan ke ruangan yang dievaluasi.

8. Membantu Mempersiapkan Berkas Akreditasi

- a. Waktu Pelaksanaan : 6 Februari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Mahasiswa membantu untuk menyiapkan berkas akreditasi serta membuat ceklist kelengkapan berkas yang dibutuhkan sesuai instrumen penilaian akreditasi rumah sakit.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1. Kesimpulan

Angka kejadian Infeksi Daerah Operasi (IDO) merupakan yang tertinggi dari tahun 2017 sampai dengan tahun 2019 dibandingkan dengan kejadian HAIs lainnya. Kasus IDO juga mengalami kenaikan dari tahun 2018 sampai dengan 2019. Pada tahun 2018, kasus IDO sebesar 13 kejadian, sedangkan tahun 2019 kasus IDO sebesar 16 kejadian.

Pada evaluasi *bundle prevention* baik yang terdapat dalam aplikasi SI IDO maupun pada status pasien, didapatkan hasil bahwa item identifikasi IDO memiliki angka kepatuhan pengisian yang paling rendah dibandingkan item lain yang terdapat dalam *bundle prevention*. Didapatkan skor sebesar 31% dari kelengkapan pengisian pada item identifikasi IDO pada aplikasi SI IDO. skor tersebut termasuk sangat rendah, sehingga perlu adanya upaya meningkatkan pengisian pada aplikasi SI IDO.

Penentuan prioritas masalah pada surveilans Infeksi Daerah Operasi (IDO) dilakukan dengan metode Urgency, Seriousness, dan Growth (USG). Berdasarkan hasil USG maka diperoleh prioritas masalah yang harus segera diselesaikan yaitu kurang lengkapnya atau kepatuhan dalam pengisian aplikasi SI IDO yang masih rendah.

Analisis penyebab masalah dalam kepatuhan pengisian aplikasi SI IDO ditinjau dari faktor man, methods, dan machine. Berdasarkan analisis penyebab masalah tersebut maka dapat digunakan untuk pemberian alternatif pemecahan masalah dalam kepatuhan pengisian *bundle prevention* pada aplikasi SI IDO di RSUD Haji Surabaya.

5.2. Saran

1. Membuat kebijakan pengisian *bundle prevention* pada aplikasi SI IDO supaya tatalaksana pengisian *bundle prevention* pada aplikasi SI IDO menjadi jelas dan dapat dipahami oleh seuruh perawat. Serta dapat dilakukan monitoring dan evaluasi mengenai kpatuhan pengisian aplikasi SI IDO yang sesuai dengan SPO.
2. Re-sosialisasi mengenai cara pengisian *bundle prevention* IDO dan mengenai pentingnya kelengkapan formulir *bundle prevention* kepada seluruh perawat agar dapat memahami bahwa pengisian pada kolom-kolom yang terdapat dalam formulir *bundle prevention* IDO digunakan untuk analisis risiko terutapa kelengkapan pada pengisian item identifikasi IDO yang mana masih banyak yang salah paham mengenai cara pengisiannya.

3. Memperbaiki aplikasi SI IDO terutama pada output di aplikasi SI IDO yang mana pada output di aplikasi SI IDO belum bisa menampilkan hasil analisis faktor risiko dengan kejadian IDO secara keseluruhan berdasarkan item yang terdapat dalam *bundle prevention* IDO.
4. Peralihan cara pengisian *bundle prevention* IDO ke aplikasi SI IDO sehingga dapat menghemat waktu perawat dalam melakukan pengisian *bundle prevention* yang mana selama ini dilakukan dengan dua cara yang berbeda yaitu manual dan melalui aplikasi SI IDO sedangkan item dan data yang dimasukkan pada kedua cara tersebut sama.
5. Monitoring pengisian SI IDO yang dilakukan oleh IPCN setiap satu bulan sekali untuk memantau kelengkapan pengisian melalui aplikasi SI IDO.

DAFTAR PUSTAKA

- APASIC. (2018). Juni 2018. *Asia Pasific Society of Infection Control*, 23 (S 04), 3–3.
- CDC. (2014). Types of Healthcare-associated Infections | HAI | CDC. 2014. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hai/infectiontypes.html>. (Diakses tanggal 26 Januari 2020).
- CDC. (2017). *Surgical Site Infection (SSI) | HAI | CDC*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/hai/ssi/ssi.html%0Ahttp://files/1549/ssi.html>
- Darmadi. (2008). *Infeksi Nosokomial*. Jakarta: Salemba Medika.
- Direktorat Bina Upaya Kesehatan Kemenkes RI. (2012). *Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Tuberkulosis Di Fasilitas Pelayanan Kesehatan*. (857).
- Fauziah, N. (2009). Aplikasi Fishbone Analysis dalam Meningkatkan Kualitas Produksi Teh pada PT Rumpun Sari Kemuning, Kabupaten Karanganyar. *Skripsi, Universitas Sebelas Maret*.
- Kemenkes RI. *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129 Tahun 2008 Tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. , (2008).
- Kotler, Amstrong. 2001. Prinsip-prinsip pemasaran, Edisi keduabelas, Jilid 1. Jakarta: Erlangga
- Presiden Republik Indonesia. *Undang Undang RI No. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit*. , (2009).
- Putri, A. P. S., Artanti, K. D., & Mudjiyanto, D. (2017). Bundle Prevention Form Filling Completeness of Surgical Site Infection (SSI) on Sectio Caesarea Patients in 2016. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, 5(1), 13.
- Soedarto. (2016). *Infeksi Nosokomial di Rumah Sakit*. Retrieved from <https://www.researchgate.net/publication/310293816>
- WHO. (2018). WHO | Public health surveillance. Http://Www.Who.Int/Topics/Public_Health_Surveillance/En/. Retrieved from http://www.who.int/topics/public_health_surveillance/en/ (Diakses tanggal 26 Januari 2020).
- Wilantri, G., & Farida, H. (2015). Kolonisasi Bakteri Patogen Potensial Penyebab Infeksi Daerah Operasi Pada Kulit Pasien Praoperatif (Studi Faktor Risiko Usia, Kebiasaan Merokok, Higiene Personal dan Lama Perawatan Praoperatif di RSUD Dr Kariadi Semarang). *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 4(4), 859–872.
- World Health Organization. (2016). Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. *World Health Organization*.

Lampiran 1: Formulir *Bundle Prevention* Infeksi Daerah Operasi (IDO)



RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA
Jl. Manyar Kertoadi Surabaya 60117
Telp. 031- 5924000

DRM 16

FORMULIR
SURVEILANS DAN *BUNDLE PREVENTION*
INFEKSI DAERAH OPERASI (IDO)

RM :

Nama : (L / P)

Tgl.Lahir/Umur: Th

Alamat :

(Mohon diisi atau ditempel Sticker Label Identitas jika ada)

Ruang :

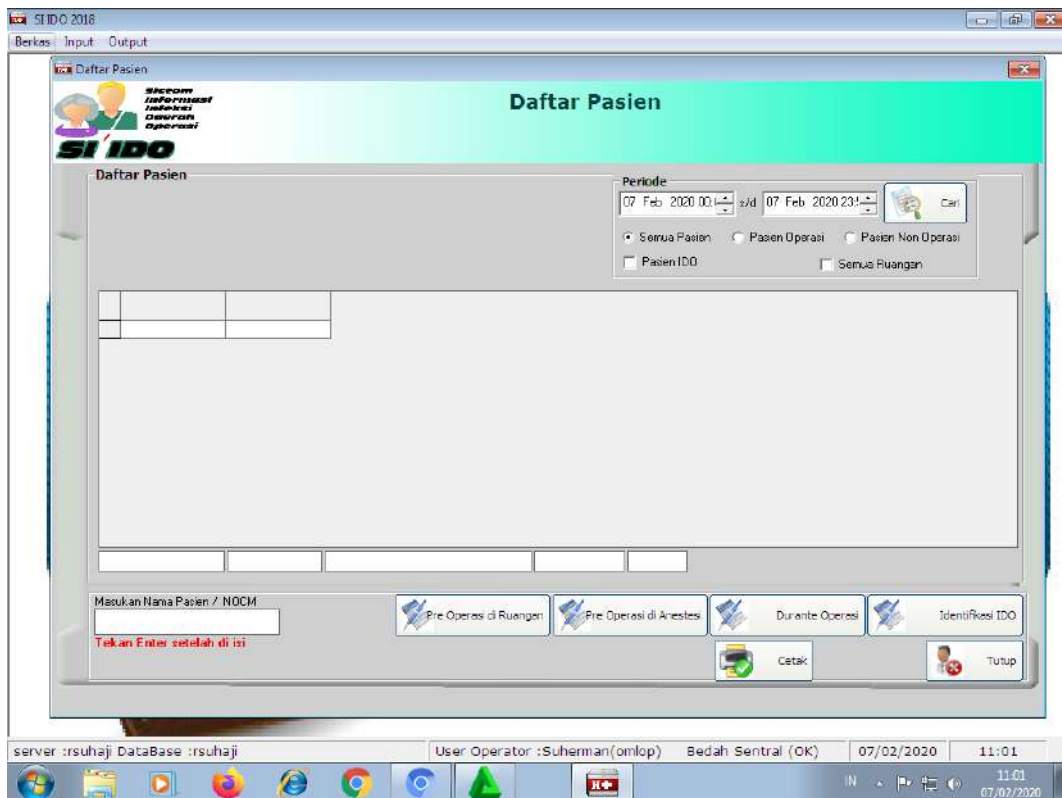
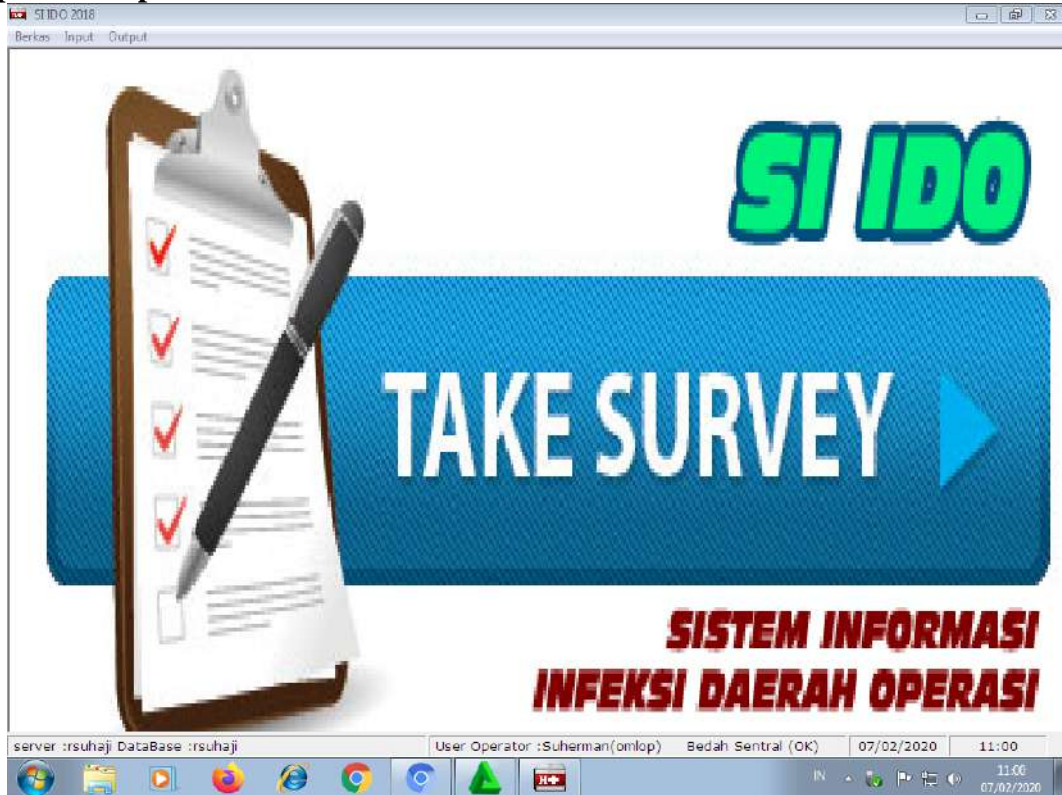
PRE OPERASI DI RUANGAN (Diisi oleh ruangan)				
Tanggal MRS (tg/bn/th) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Tanggal Operasi <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Merokok <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Operasi Krn Trauma <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Gula Darah <input type="checkbox"/> >200 <input type="checkbox"/> ≤200 <input type="checkbox"/> NA	Berat Badan <input type="text"/> Kg	Tinggi Badan <input type="text"/> CM
Steroid Jangka Panjang <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Radioterapi Sebelumnya <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Suhu Pasien <input type="checkbox"/> >38°C <input type="checkbox"/> <38°C	Albumin g/dl <input type="checkbox"/> NA	
Mandi Sebelum Operasi <input type="checkbox"/> ChlorhexidineBodywash <input type="checkbox"/> Sabun Lain <input type="checkbox"/> NA	Screening MRSA <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> NA Hasil : (+) / (-)	Diagnosa Operasi	Diagnosa Medis	
Mechanical Bowel <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> NA	Penyakit Saat Ini <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> GGK <input type="checkbox"/>	Riwayat Pasien Sekarang :		

PRE OPERASI DI ANEST (Diisi oleh anaestesi)			
Jenis Operasi <input type="checkbox"/> Elektif <input type="checkbox"/> Cito	ASA Score <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Jenis Anestesi <input type="checkbox"/> GA <input type="checkbox"/> SAB <input type="checkbox"/>	Operator Anestesi

DURANTE OPERASI (Diisi oleh ruang OK)					
<input type="checkbox"/> Sirkulasi Udara OT.....x/jam <input type="checkbox"/> NA	<input type="checkbox"/> Kultur Udara <input type="checkbox"/> NA	Kelembaban Ruang OT	Profilaksis <input type="checkbox"/> Ya, Nama Obat:	Antibiotik Tambahan Saat Op <input type="checkbox"/> Ya, Nama Obat:	Desinfeksi Kulit <input type="checkbox"/> Chlorhexidine <input type="checkbox"/> Povidone Iodine <input type="checkbox"/> Alkohol 70% <input type="checkbox"/>
Tekanan Udara <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)	Jamur AC <input type="checkbox"/> (+) <input type="checkbox"/> (-)	Suhu Ruangan°C	Dosis: Diberikan Jam:	Dosis: Pukul:	
Drain <input type="checkbox"/> Ya, Jenis: <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> NA	Implant <input type="checkbox"/> Ya, Jenis : <input type="checkbox"/> NA	Sterilisasi CSSD <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Indikator Instrument / Alat Steril <input type="checkbox"/> Internal <input type="checkbox"/> Eksternal <input type="checkbox"/> Tidak Ada	Jumlah Staf Orang	Ruang Operasi <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 4
Pencukuran <input type="checkbox"/> Clipper <input type="checkbox"/> Silet <input type="checkbox"/> NA	Waktu Pencukuran Pukul: <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Kualifikasi Dokter Bedah <input type="checkbox"/> Spesialis <input type="checkbox"/> Associate Specialist <input type="checkbox"/> Konsultan <input type="checkbox"/>		Mulai Operasi (jam/mnt) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Selesai Operasi (jam/mnt) <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>
Klasifikasi Luka <input type="checkbox"/> Bersih <input type="checkbox"/> Bersih Terkontaminasi <input type="checkbox"/> Terkontaminasi <input type="checkbox"/> Kotor		Klasifikasi Pembedahan <input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Dalam <input type="checkbox"/> Organ	Operator Bedah	Multipel prosedur dengan Insisi yg Sama <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	

Form./016.PPI/RSH/2013 – 02 - 15 Sept' 2016

Lampiran 2: Aplikasi SI IDO



SI IDO 2018

Berkas Input Output

SI IDO - PRE OPERASI DI RUANGAN

PRE OPERASI DI RUANGAN

SI IDO

No Pendaftaran: Nama:

Tanggal Operasi: 2020 - Februari - 07 - 11:02:37 Marokok:

Berat Badan: Kg BMI: Operasi karena Trauma:

Tinggi Badan: Cm Gula Darah:

Penyakit Saat Ini: Steroid Jangka Panjang:

Penyakit Infeksi Lain: INFEKSI KULIT Radioterapi Sebelumnya:

Albumin: g/dl Suhu Pasien:

Screening MRSA: NEGATIF Mechanical Bowel:

Tgl Kontrol: 2020 - Februari - 07 - 11:02:37 Mandi Sebelum Operasi: CHLORHEXIDINE BCI

Hiv: NON REAKTIF Hepatitis:

server :rsuhaji DataBase :rsuhaji User Operator :Suherman(omlop) Bedah Sentral (OK) 07/02/2020 11:02

SI IDO 2018

Berkas Input Output

SI IDO - PRE OPERASI DI ANESTESI

PRE OPERASI DI ANESTESI

SI IDO

No Pendaftaran: Nama:

ASA Score:

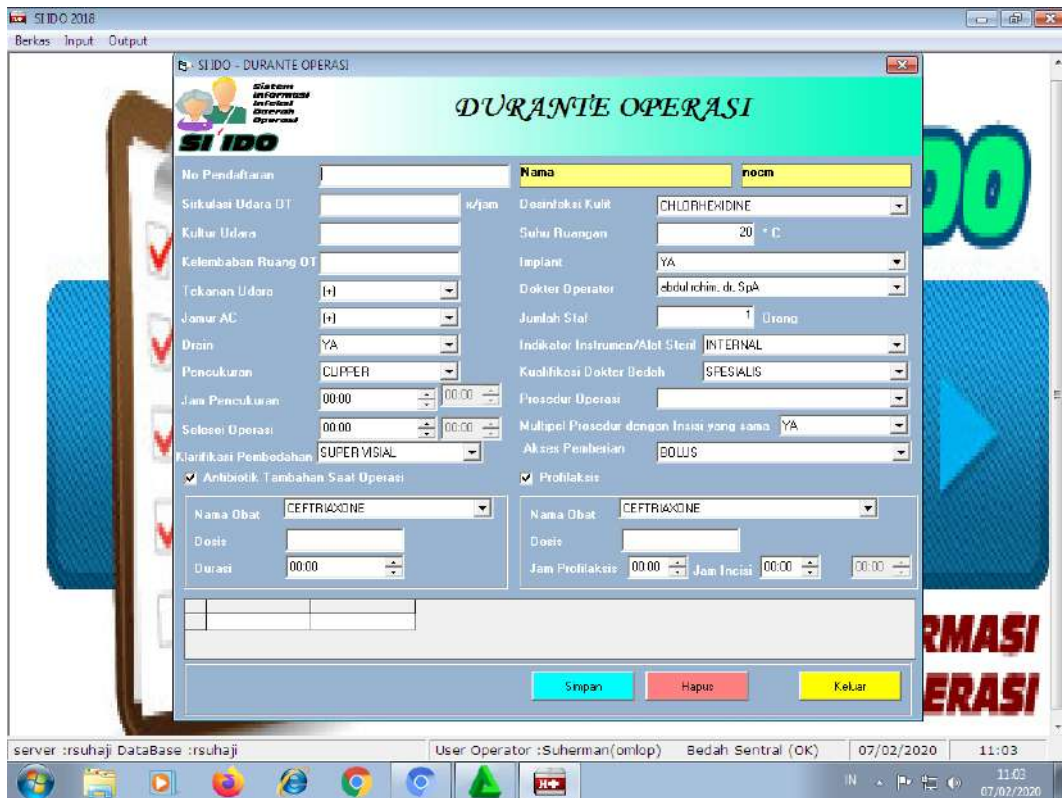
Jenis Anestesi: GENERAL

Jenis Operasi: OTD

Operator Anestesi: Aret Basuki, Dr. Sp An

**SISTEM INFORMASI
INFEKSI DAERAH OPERASI**

server :rsuhaji DataBase :rsuhaji User Operator :Suherman(omlop) Bedah Sentral (OK) 07/02/2020 11:03



Keterangan Lampiran 4:

Item Pre Operasi di Ruang

1. Gula Darah
2. Berat Badan
3. Tinggi Badan
4. Albumin
5. Mandi sebelum operasi
6. Screening MRSA
7. Diagnosa Medis
8. Penyakit saat ini

Item Pre Operasi di Anaestesi

1. Jenis operasi
2. ASA score
3. Jenis anaestesi

Item Durante Operasi di Ruang OK/Kamar Operasi

1. Profilaksis
2. Desinfeksi kulit
3. Indikator instrumen/alat steril
4. Jumlah staf
5. Ruang operasi
6. Pencukuran
7. Waktu pencukuran
8. Mulai operasi (jam/menit)
9. Selesai operasi (jam/menit)
10. Klasifikasi luka
11. Klasifikasi pembedahan
12. Operator bedah

Item Post Operasi di Ruang Perawatan

1. Rawat luka

2. Dressing
3. buang cairan, membuka drain
4. Aff drain
5. Angkat jahitan
6. Antibiotik
7. Keluar Rumah Sakit (KRS)
8. Kontrol poli

Identifikasi IDO

1. Nyeri lokal dan sakit
2. Demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)
3. Kemerahan
4. Drainase purulen/pus
5. Bengkak terlokalisir
6. Kuman pada kultur pus
7. Ada abses saat re-operasi (Pemeriksaan Radiologi/PA)
8. Diagnosa Dokter: IDO

Lampiran 5: Lembar Panduan Wawancara

Lembar Panduan Wawancara

1. Siapa saja yang melakukan pengisian form?
2. Bagaimana anda biasa mengisi formulir bundle prevention?
3. Apa sajakah kendala-kendala yang Anda hadapi dalam pengisian formulir bundle prevention?
4. Bagaimana cara pengisian pada item Identifikasi IDO?
5. Pada item Pre Operasi di Ruangannya kenapa jarang diisi?

Lampiran 6: Lembar Catatan Kegiatan Magang**Lembar Catatan Kegiatan Magang**

Nama Mahasiswa :Dewi Putri Sandrawati

NIM : 101611133070

Tempat Magang : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
6 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Pembekalan dan Orientasi Magang 3. Perkenalan diri kepada Komite PPI 4. Mempelajari struktur organisasi Komite PPI 	
7 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Mempelajari laporan-laporan magang sebelumnya 3. Menentukan topic lapangan 	
8 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Membaca literatur terkait dengan topik magang 3. Mempelajari alur surveilans Infeksi Daerah Operasi (IDO) 4. Mempelajari Standar Prosedur Operasional (SPO) surveilans IDO 5. Membuat grafik laporan Kepatuhan APD 	
9 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi ke Ruang Operasi dan Marwah 3 3. Mempelajari Sistem Informasi Infeksi Daerah Operasi (SI IDO) dan aplikasi Healthy Plus Phlebitis 4. Membuat PPT laporan Kepatuhan APD 5. Mengolah data triwulan Kepatuhan APD 	
10 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Senam 2. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 3. Membuat form survey pelayanan pasien operasi untuk mengevaluasi surveilans Infeksi Daerah Operasi (IDO) 	
Minggu ke-2		
13 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi ke Ruang Al-Aqsha 5 dan ICU 3. Membuat grafik laporan hasil supervisi 	

14 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Membuat panduan wawancara untuk mengevaluasi 	
15 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi ke Ruang Shofa 4, Shofa 4, Paviliun 2, Paviliun 3, Paviliun 4, Paviliun Anak 	
16 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi formulir bundle prevention IDO di Ruang NICU, ICCU, Al-Aqsha 6, Al-Aqsha 4 3. Mengikuti acara briefing SPO tentang alur pembuangan limbah SPO tentang alur pembuangan limbah dengan Customer Service. 	
17 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi formulir bundle prevention IDO di Ruang NICU, ICCU, Al-Aqsha 6, Al-Aqsha 4 	
Minggu ke-3		
20 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 3. Melakukan evaluasi pengisian formulir bundle prevention di SI IDO 	
21 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Menyusun hasil evaluasi formulir bundle prevention IDO 3. Merevisi laporan kinerja Komite PPI Tahun 2019 	
22 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Merevisi ulang laporan kinerja Komite PPI Tahun 2019 3. Distribusi surat Permohonan Telaah SPO Penanganan KLB ke Direktur, Wadir Yanmed dan Keperawatan, Wadir Jangmed dan Diklit, Wadir Umum dan Keuangan, Bidang Yanmed, Bidang Keperawatan. 	
23 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Merevisi ulang laporan kinerja Komite PPI Tahun 2019 3. Menyusun Laporan Program IDO 4. Menyusun PPT Laporan Kinerja Komite PPI Tahun 2019 	
24 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Senam 2. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 	

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukan wawancara mendalam dengan perawat ruangan ICU, Al-Aqsha 4, dan Shofa 3 4. Mengikuti acara persiapan kenaikan jenjang karir PK3 untuk membantu penyebaran materi PPI 	
Minggu ke-4		
27 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Mengerjakan laporan magang 3. Membaca literatur terkait dan membaca laporan magang sebelumnya 	
28 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Mengerjakan laporan magang 3. Merevisi laporan program IDO 	
29 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Supervisi dari dosen pembimbing fakultas 3. Revisi ulang laporan kegiatan PPI Tahun 2019 	
30 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Menyelesaikan laporan kegiatan PPI Tahun 2019 3. Mengisi checklist bundle riwayat operasi untuk pasien yang terkonfirmasi IDO 	
31 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Senam 2. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 3. Merevisi laporan program IDO 4. Melaksanakan observasi ke pasien yang terduga IDO dan berisiko IDO di ruang ICU dan Paviliun 4 	
Minggu ke-5		
3 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Menyusun laporan magang 3. Membuat banner etika batuk 	
4 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Membuat RTL hasil evaluasi bundle prevention IDO 3. Merevisi banner etika batuk 	
5 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Distribusi kwitansi ke Hukmas 3. Membuat ceklist berkas untuk akreditasi 	
6 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Mempersiapkan berkas untuk akreditasi 	
7 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Senam 	

	<ol style="list-style-type: none">2. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya3. Membuat label box untuk penyimpanan berkas akreditasi4. Melakukan USG	
--	--	--

Lampiran 7: Absensi Mahasiswa Magang

LEMBAR KEHADIRAN MAHASISWA MAGANG
S1 KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
2020

Tempat Magang : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

NIM	Nama	Tanggal													
		6/1	7/1	8/1	9/1	10/1	13/1	14/1	15/1	16/1	17/1	20/1	21/1	22/1	
101611133070	Dewi Putri Sandrawati	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS
101611133106	Rizki Nur Azizah	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS
101611133118	Ainun Azizah R.	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS
101611133127	Dinda Rizka Safitri	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS

NIM	Nama	Tanggal												
		23/1	24/1	27/1	28/1	29/1	30/1	31/1	3/2	4/2	5/2	6/2	7/2	
101611133070	Dewi Putri Sandrawati	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS
101611133106	Rizki Nur Azizah	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS
101611133118	Ainun Azizah R.	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS
101611133127	Dinda Rizka Safitri	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS	SPS

Surabaya, 7 Februari 2020

Pembimbing instansi



Dwiono Mudjiyanto, Ns., M. Epid.
NIP 19700418193021001

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

EVALUASI PENGISIAN FORMULIR *BUNDLE PREVENTION PHLEBITIS*
SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN *PHLEBITIS*
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA TAHUN 2020



Oleh :

RIZKI NUR AZIZAH

NIM. 101611133106

DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI
SURABAYA**

Disusun oleh:

RIZKI NUR AZIZAH
NIM. 101611133106

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

Tanggal 3 Maret 2020

Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes
NIP. 196902101994032002

Pembimbing di RSUD Haji Surabaya,

Tanggal 3 Maret 2020

Dwiono Mudjiyanto, Ns., M.Epid
NIP. 197004181993021001

Mengetahui
Ketua Departemen Epidemiologi,

Tanggal 3 Maret 2020

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes.
NIP. 196811021998022001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas kasih sayang-Nya laporan pelaksanaan magang ini dapat tersusun. Laporan pelaksanaan magang yang berjudul “EVALUASI PENGISIAN FORMULIR *BUNDLE PREVENTION PHLEBITIS* SEBAGAI UPAYA PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN *PHLEBITIS* DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA TAHUN 2020” ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akademis di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Laporan ini akan membahas salah satu kegiatan di Komite Pengendalian dan Pencegahan Infeksi, yaitu surveilans *phlebitis* berupa pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

Laporan ini tidak akan berhasil disusun tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Tri. Martiana, dr., M.S. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing akademik yang selalu memberi arahan dan masukan.
4. Dr. drg. Sri Agustina Ariandani, M.Kes. selaku Direktur utama RSUD Haji Surabaya
5. Dr. Endang Prabawati, M.Kes. selaku Wakil Direktur Pelayanan Medik dan Keperawatan RSUD Haji Surabaya.
6. Dr. Bambang Arianto, dr., Sp.B selaku Ketua Komite PPI RSUD Haji Surabaya
7. Dr. Arief Wijaya Rosli, Sp.A selaku Ketua Tim PPI RSUD Haji Surabaya
8. Dwiono Mudjiyanto, S.Kep., Ns, M.Epid. selaku pembimbing lapangan Tim PPI RSUD Haji Surabaya
9. Sulistyorini, S.Kep., Ns selaku pembimbing lapangan Tim PPI RSUD Haji Surabaya
10. Whenny Irdiana. S.KM. selaku staff Tim PPI RSUD Haji Surabaya
11. Teman-teman satu kelompok magang yaitu Ainun Azizah R., Dinda Rizka Safitri, dan Dewi Putri Sandrawati.
12. Teman seperjuangan magang dari Stikes Dr. Soetomo yaitu Mustika Ayu K.
13. Teman-teman FKM yang khususnya magang di RSUD Haji Surabaya atas kerja-sama dan bantuannya selama ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan magang ini bermanfaat bagi kami maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 3 Maret 2020

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI.....	v
DAFTAR GAMBAR.....	vii
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	ix
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan.....	4
1.2.1 Tujuan Umum	4
1.2.2 Tujuan Khusus	4
1.3 Manfaat.....	4
1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa	4
1.3.2 Manfaat bagi RSUD Haji Surabaya	4
1.3.3 Manfaat bagi Perguruan Tinggi	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Rumah Sakit.....	6
2.1.1 Definisi Rumah Sakit	6
2.1.2 Tujuan Rumah Sakit.....	6
2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit	6
2.2 <i>Phlebitis</i>	7
2.2.1 Definisi <i>Phlebitis</i>	7
2.1.2 Penyebab <i>Phlebitis</i>	7
2.1.3 Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya <i>Phlebitis</i> Akibat Infus	8
2.1.4 Pencegahan <i>Phlebitis</i>	13
2.3 Terapi Intravena (Infus).....	15
2.3.1 Pengertian Terapi Intravena (Infus)	15
2.3.2 Tujuan Pemberian Terapi Intravena (Infus)	15
2.3.3 Vena Tempat Pemasangan Infus.....	16
2.3.4 Komplikasi Terapi Intravena (Infus).....	16
2.4 Metode Penentuan Prioritas Masalah	16
2.4.1 <i>Urgency, Seriousness, Growth</i> (USG)	16
2.5 Metode Penentuan Penyebab Masalah	17

BAB III METODE KEGIATAN MAGANG.....	18
3.1 Lokasi Pelaksanaan Magang.....	18
3.2 Waktu Pelaksanaan Magang	18
3.3 Metode Pelaksanaan Magang	19
3.4 Teknik Pengumpulan Data.....	19
3.5 <i>Output</i> Kegiatan	20
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	21
4.1 Gambaran Umum Komite PPI RSUD Surabaya	21
4.1.1 Tujuan Komite PPI RSUD Surabaya	21
4.1.2 Visi dan Misi Komite PPI RSUD Surabaya	21
4.1.3 Program PPI di RSUD Haji Surabaya.....	22
4.1.4 Alur Kegiatan Surveilans di Komite PPI RSUD Haji Surabaya	24
4.1.5 Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi.....	25
4.1.6 Sasaran Program Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Haji Surabaya	26
4.2 Sistem Surveilans <i>Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya	26
4.3 Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya	27
4.3.1 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Tempat	27
4.3.2 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Item	29
4.3.3 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Orang.....	31
4.3.4 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Waktu.....	33
4.4 Masalah Pelaksanaan Surveilans <i>Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya.....	34
4.5 Penentuan Prioritas Masalah Pelaksanaan Surveilans <i>Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya.	35
4.6 Penentuan Penyebab Masalah Pelaksanaan Surveilans <i>Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya	36
4.7 Alternatif Solusi Pelaksanaan Surveilans <i>Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya	37
4.8 Kegiatan Magang di RSUD Haji Surabaya	37
BAB V PENUTUP	39
5.1 Kesimpulan	39
5.2 Saran.....	39
DAFTAR PUSTAKA.....	40
LAMPIRAN.....	42

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 <i>Trend</i> Angka Kejadian <i>Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya pada Tahun 2015 hingga Tahun 2019	3
Gambar 2.5 <i>Problem Tree</i>	17
Gambar 4.1 Alur Kegiatan Surveilans RSUD Haji Surabaya	24
Gambar 4.2 Struktur Organisasi RSUD Haji Surabaya	25
Gambar 4.3 Sistem Surveilans <i>phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya berdasarkan Input, Proses dan Output	26
Gambar 4.4 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Tempat	29
Gambar 4.5 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Item.....	30
Gambar 4.6 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Usia.....	32
Gambar 4.7 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Jenis Kelamin	33
Gambar 4.8 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Waktu	34
Gambar 4.9 Diagram <i>Problem Tree</i> Sistem Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> secara Online yang Belum Memadai.....	36

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Waktu dan Kegiatan Magang Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	18
Tabel 4.1 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSU Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Tempat	28
Tabel 4.2 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSU Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Item	30
Tabel 4.3 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSU Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Usia	31
Tabel 4.4 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSU Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Jenis Kelamin	32
Tabel 4.5 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> di RSU Haji Surabaya Berdasarkan Waktu.....	33
Tabel 4.6 Hasil Skoring Prioritas Masalah dalam Kegiatan Surveilans <i>Phlebitis</i> Menggunakan Metode USG	35
Tabel 4.7 Alternatif Solusi Pelaksanaan Surveilans <i>Phlebitis</i> di RSU Haji Surabaya	37

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Arti Lambang

.	= Titik
,	= Koma
?	= Tanda tana
-	= Sampai dengan
/	= Per, atau
&	= Dan
>	= Lebih dari
<	= Kurang dari
≥	= Lebih dari sama dengan
≤	= Kurang dari sama dengan
%	= Persen

Daftar Singkatan

APD	= Alat Pelindung Diri
BSI	= Blood Stream Infections
<i>PHLEBITIS</i>	= Chateter Associated Infections
HAI	= <i>Healthcare Associated Infections</i>
IPCO	= <i>Infection Prevention and Controlling Organization</i>
IPCN	= <i>Infection Prevention and Controlling Nurse</i>
IPCLN	= <i>Infection Prevention and Controlling Link Nurse</i>
PPI	= Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
RS	= Rumah Sakit
RSU	= Rumah Sakit Umum
SSI	= <i>Surgical Site Infections</i>
USG	= <i>Urgency, Seriousness, Growth</i>
UU	= Undang-undang
VAP	= <i>Ventilator Associated Pneumonia</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>

BAB I PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang merupakan kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan di luar lingkungan kampus khususnya di lembaga institusi untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik pada lembaga pemerintah, swasta, maupun lembaga swadaya masyarakat/lembaga non pemerintah.

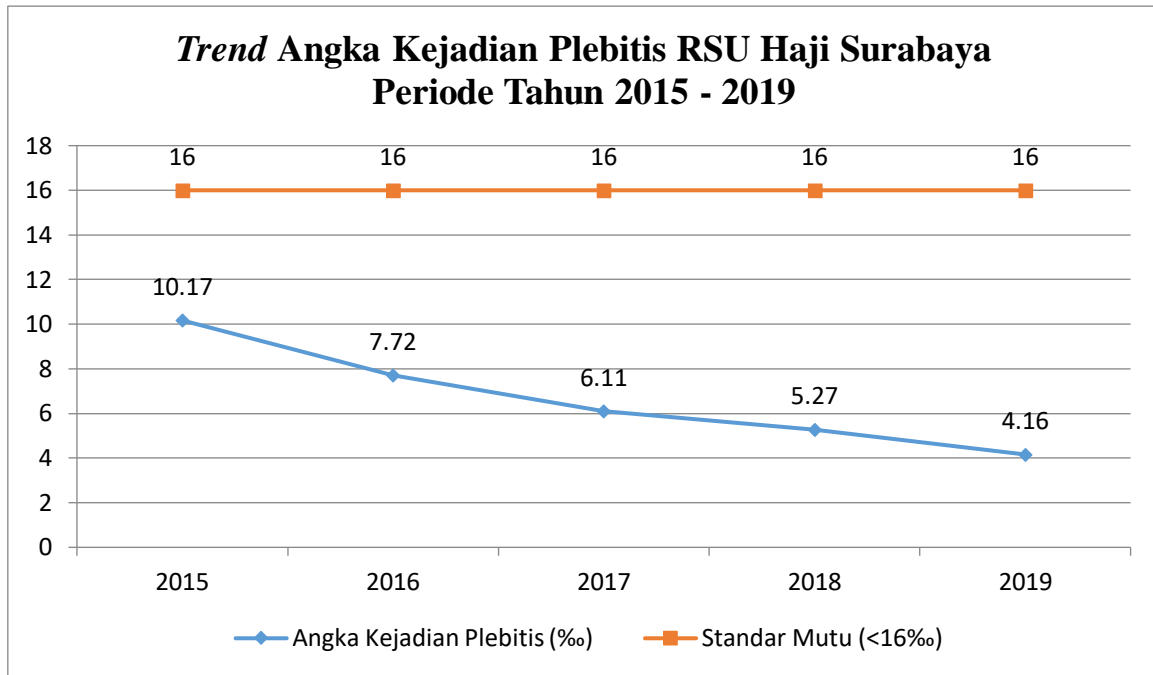
Kurikulum program magang bagi mahasiswa FKM diharapkan dapat memberi bekal mengenai pengalaman dan keterampilan kerja praktis serta penyesuaian sikap di dunia kerja sebelum mahasiswa berkecimpung di dunia kerja nyata. Sehingga para lulusan FKM memiliki kemampuan yang bersifat akademik dan profesional. Epidemiologi merupakan salah satu peminatan yang ada dalam jurusan S1 Kesehatan Masyarakat FKM UNAIR yang mempelajari pola persebaran penyakit ataupun masalah kesehatan. Salah satu aspek yang dipelajari dalam Epidemiologi adalah sistem surveilans. Salah satu instansi yang memiliki bidang surveilans adalah RSUD Haji Surabaya. Berdasarkan Kementerian Kesehatan RI (2011), bidang surveilans epidemiologi mempunyai tugas untuk melaksanakan perencanaan dan evaluasi di bidang surveilans epidemiologi penyakit menular dan penyakit tidak menular, advokasi dan fasilitasi kesiapsiagaan dan penanggulangan KLB, kajian dan diseminasi informasi, kesehatan lingkungan, kesehatan matra, kemitraan, dan jejaring kerja, serta pendidikan dan pelatihan bidang surveilans epidemiologi. Hal ini sangat sesuai dengan apa yang telah dipelajari dalam mata kuliah peminatan Epidemiologi FKM UNAIR. Oleh sebab itu, RSUD Haji Surabaya dipilih menjadi tempat magang untuk mempraktikkan teori yang telah dipelajari oleh mahasiswa di bangku perkuliahan.

Pemasangan infus merupakan salah satu tindakan yang sering diberikan ke pasien selama dirawat di rumah sakit. Pemasangan infus dan penggunaan alat intravaskular bertujuan untuk memasukkan cairan IV, obat, komponen darah, parenteral nutrisi, dan untuk memonitor status hemodinamik. Namun, penggunaan IV juga berisiko menimbulkan infeksi lokal yaitu *phlebitis*.

Pemberian terapi intravena apalagi dalam jangka waktu yang lama dapat menimbulkan komplikasi. Salah satu komplikasi yang paling banyak terjadi adalah *phlebitis*. *Phlebitis* merupakan inflamasi pada tunika intima vena yang disebabkan oleh faktor kimia, mekanis, bakteri, dan *post infusion* yang menimbulkan efek nyeri, eritema, bengkak dan hangat pada bagian penusukan, pembentukan lapisan, dan pengerasan sepanjang vena (Alexander, et al., 2010; Foster, Wallis, Paterson, & James, 2002; Saini, Agnihotri, Gupta, & Walia, 2011). Jenis terapi intravena, kualitas kateter intravena dan teknik pemasangan, serta status penyakit merupakan penyebab *phlebitis* (Premji, 2007).

Kejadian *phlebitis* dapat menyebabkan meningkatnya lama hari rawat di rumah sakit (*length of stay*), menambahkan lama terapi, dan meningkatkan tanggung jawab perawat, serta dapat menyebabkan pasien yang mendapatkan risiko masalah lain (Alexander *et al.*, 2010). Hasil penelitian yang dilakukan Campbell (1998) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara komplikasi *phlebitis* dengan lama rawat sehingga meningkatkan pembiayaan pasien.

Angka kejadian *phlebitis* merupakan salah satu indikator mutu asuhan keperawatan. Standar mutu kejadian *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya adalah < 16%. Angka kejadian *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya tahun 2015-2019 sudah sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan. Terjadi penurunan angka kejadian *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya tahun 2015 hingga 2019. Namun, pada tahun 2019 masih terdapat 1 ruangan yang mempunyai angka kejadian *phlebitis* melebihi standar yang ditetapkan, yaitu HCU (29,41%). Berikut adalah *trend* kejadian *phlebitis* di RSUD Haji pada tahun 2015-2019:



Gambar 1.1 Trend Angka Kejadian *Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya pada Tahun 2015 hingga Tahun 2019

Berdasarkan data pada Gambar 1.1 dapat diketahui bahwa angka kejadian *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya pada tahun 2015 hingga tahun 2019 mengalami penurunan terus menerus. Angka kejadian *phlebitis* pada tahun 2015 hingga tahun 2019 tersebut telah sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan yaitu $< 16\%$.

Surveilans diharapkan mampu menurunkan angka kejadian *phlebitis* di beberapa ruangan tersebut dengan melakukan tindakan pencegahan dan pengendalian infeksi, yaitu dapat dimulai dengan prosedur pemasangan yang aseptik, perawatan yang komprehensif selama pemasangan alat, serta pemantauan kemungkinan infeksi dengan melakukan identifikasi risiko melalui *bundle prevention*. Dalam melaksanakan kegiatan surveilans mengacu pada standar prosedur, panduan, dan alur pelaporan yang melibatkan semua perawat, kepala ruangan, IPCLN, IPCO, dan dokter yang merawat. Pelaporan yang berkualitas akan meningkatkan validitas dan reliabilitas data yang dikumpulkan sehingga hasil pelaporan akurat. Hal tersebut akan meningkatkan ketepatan dalam strategi perbaikan dan intervensi yang akan dilakukan, sehingga mampu meningkatkan keselamatan pasien selama dirawat di Rumah Sakit Haji Surabaya dengan menurunkan angka kejadian *phlebitis*.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Mengevaluasi kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* di RSU Haji Surabaya.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari struktur organisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di RSU Haji Surabaya
2. Mendeskripsikan alur pelaksanaan surveilans *phlebitis* di RSU Haji Surabaya
3. Mengevaluasi pelaksanaan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* di RSU Haji Surabaya
4. Mengidentifikasi permasalahan terkait pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* di RSU Haji Surabaya
5. Memberikan alternatif solusi terkait permasalahan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* di RSU Haji Surabaya

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa

1. Menambah wawasan, keterampilan, dan pengalaman di bidang kesehatan terutama yang berkaitan dengan kegiatan surveilans *phlebitis*.
2. Sebagai wadah untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapatkan selama perkuliahan dan magang. khususnya yang berkenaan dengan kewaspadaan.
3. Menambah pengalaman dan gambaran kondisi dunia kerja secara nyata di RSU Haji Surabaya.

1.3.2 Manfaat bagi RSU Haji Surabaya

1. Mendapatkan umpan balik dan interaksi positif antara mahasiswa dan RSU Haji Surabaya.
2. Memberi saran, masukan, dan/atau rekomendasi kepada instansi dari mahasiswa magang sebagai perbaikan RSU Haji Surabaya.
3. Adanya kerjasama antara perguruan tinggi dengan RSU Haji Surabaya.

1.3.3 Manfaat bagi Perguruan Tinggi

1. Menambah referensi bagi perguruan tinggi khususnya yang berkaitan dengan upaya pencegahan dan pengendalian *phlebitis*.
2. Adanya kerjasama antara perguruan tinggi dan RSUD Haji Surabaya.
3. Terealisasinya tujuan kegiatan magang akademik mahasiswa sehingga dapat meningkatkan kualitas dalam pengalaman kerja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut WHO (*World Health Organization*), rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan paripurna (komprehensif), penyembuhan penyakit (kuratif) dan pencegahan penyakit (preventif) kepada masyarakat. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan dan pusat penelitian medik.

Berdasarkan Undang-Undang (UU) Republik Indonesia No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksud dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Pengaturan penyelenggaraan Rumah Sakit bertujuan:

- a. mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
- b. memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
- c. meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
- d. memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah Sakit.

2.1.3 Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

Rumah Sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas sebagaimana dimaksud dalam Pasal 4, Rumah Sakit mempunyai fungsi:

- a. penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
- c. penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan

- d. penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan;

2.2 *Phlebitis*

2.2.1 Definisi *Phlebitis*

Phlebitis adalah reaksi inflamasi yang terjadi pada pembuluh darah vena yang ditandai dengan nyeri, kemerahan, bengkak, panas, indurasi (pengerasan) pada daerah tusukan, dan pengerasan sepanjang pembuluh darah vena (Alexander, et al., 2010). *Phlebitis* adalah inflamasi lapisan vena dimana sel endotelial dinding vena mengalami iritasi dan permukaan sel menjadi kasar, sehingga memungkinkan platelet menempel dan kecenderungan terjadi inflamasi penyebab *phlebitis* (Philips, 2005). Berdasarkan pengertian di atas dapat dijelaskan bahwa *phlebitis* merupakan inflamasi yang terjadi pada lapisan dalam pembuluh darah vena sebagai akibat iritasi endotel yang disebabkan baik penyebab mekanik maupun penyebab lainnya, dimana tanda utamanya adalah nyeri tekan pada tempat insersi disertai kemerahan, bengkak, panas, sampai terjadi indurasi.

2.2.2 Penyebab *Phlebitis*

Phlebitis disebabkan baik karena faktor mekanik, kimia, maupun infeksi. Alexander, et al. (2010) dan Hankins, et al. (2001) membagi penyebab *phlebitis* menjadi empat kategori, yaitu *phlebitis* kemikal (kimia), *phlebitis* mekanikal, *phlebitis* bakterial, dan *phlebitis* post-infusi. *Phlebitis* mekanik terjadi karena ukuran jarum yang terlalu besar sehingga mengganggu aliran darah disekitarnya, serta menyebabkan iritasi pada dinding pembuluh darah. Selain itu juga disebabkan karena lokasi insersi yang tidak tepat, seperti jika kateter ditempatkan pada area fleksi sering menyebabkan *phlebitis* mekanik (Hankins, et al., 2001). *Phlebitis* kimia terjadi karena iritasi tunika intima oleh obat dan/atau jenis cairan yang memiliki pH tinggi atau rendah (asam atau basa), serta osmolalitas cairan yang tinggi. Cairan atau obat dengan pH < 5 atau > 9 atau yang memiliki osmolalitas >375 mOsm/l dapat menyebabkan iritasi lapisan intima vena sehingga merangsang terjadinya proses inflamasi dan trombosis (Alexander, et al., 2010). *Phlebitis* bakterial adalah inflamasi lapisan intima vena yang disebabkan karena infeksi bakteri. Komplikasi ini dapat menjadi sangat serius, karena jika tidak ditangani

dengan benar dapat berkembang menjadi komplikasi sistemik dari septicemia. Karena kurangnya teknik aseptik saat pemasangan alat intravena sehingga terjadi kontaminasi baik melalui tangan, cairan infus, set infus, dan area penusukan (Alexander, et al., 2010). Dalam hal ini, hygiene tangan orang yang memasang infus memegang peranan penting dalam timbulnya komplikasi tersebut. *Phlebitis* post-infus merupakan komplikasi lain yang biasa dilaporkan oleh pasien dengan terapi infus. Komplikasi ini berhubungan dengan inflamasi pada vena yang biasanya terjadi dalam waktu 48 sampai 96 jam setelah kateter dipasang.

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Terjadinya *Phlebitis* Akibat Infus

Pada banyak penelitian menyimpulkan bahwa faktor utama yang mempengaruhi terjadinya *phlebitis* akibat terapi infus adalah fenomena psikokemikal dan pada studi prospektif memperlihatkan hasil bahwa bahan dari kanula, panjang dan ukurannya, keahlian dari operator dalam memasukkan kanula, daerah tubuh tempat memasukkan kanula, durasi pemakaian kanula, frekuensi dari pergantian verban, dan kandungan dari cairan infusnya sendiri, sedangkan dari faktor penerima yang mempengaruhi adalah usia pasien, ras, jenis kelamin, dan penyakit yang mendasari (Maki et al., 1991).

Faktor-faktor yang mempengaruhi terjadinya *phlebitis* menurut Ignatavicius, et al. (2010) adalah usia, jenis penyakit (dalam hal ini dibedakan antara bedah dan non bedah), ukuran kanula, jumlah insersi (hal ini dinilai dengan berapa kali kegagalan dalam pemasangan atau insersi kanula), lokasi vena yang digunakan, lama penggantian kateter, frekuensi ganti balutan, dan jenis cairan. Adapun uraian masing-masing faktor adalah sebagai berikut:

a. Usia

Usia mempengaruhi kondisi vena seseorang, dimana semakin muda manusia (misal pada usia infant) pembuluh darah masih fragil sehingga mudah pecah apalagi dengangerakan yang tidak terkontrol meningkatkan risiko *phlebitis* mekanik. Dan tentunya dengan ukuran pembuluh darah yang kecil akan menyulitkan dalam pemasangannya, sehingga dibutuhkan orang yang benar-benar terampil. Sebaliknya orang semakin tua mengalami kekakuan pembuluh darah hal ini juga yang menyebabkan semakin sulit untuk dipasang, serta kondisi pembuluh darah juga sudah tidak dalam kondisi baik (Dougherty, 2008).

b. Jenis Kelamin

Maki & Ringer (1991) dan Campbell (1998) menemukan bahwa jenis kelamin mempunyai pengaruh terhadap kejadian *phlebitis*, dimana jenis kelamin perempuan meningkatkan risiko terjadinya *phlebitis*

c. Jenis Penyakit

Setiap pasien yang dirawat di rumah sakit umumnya mengalami penurunan kekebalan tubuh baik disebabkan karena penyakitnya maupun karena efek dari pengobatan. Pada satu waktu, 9 % pasien mengalami infeksi yang diperoleh dari rumah sakit (Hindley, 2004). Riwayat penyakit seperti pembedahan, luka bakar, gangguan kardiovaskuler, gangguan ginjal, gangguan pencernaan, gangguan persyarafan dan juga keganasan dapat menimbulkan masalah keseimbangan cairan, elektrolit, dan asam basa. Semua kondisi tersebut membutuhkan terapi intravena baik sebagai terapiutama maupun sebagai akses medikasi. Pemberian terapi intravena dapat menimbulkan risiko terjadinya infeksi, termasuk *phlebitis*, karena adanya *portal the entry and exit* yang merupakan akses masuknya mikroorganisme ke dalam tubuh jika tidak dilakukan tindakan pencegahan yang adekuat (Potter & Perry, 2005).

d. Materi (Bahan), Panjang dan Ukuran Kanula

Materi (bahan) kanula sebaiknya non-iritatif, *radiopaque* (suatu materi dari logam yang jika difoto dengan sinar X maka akan mudah terlihat), dan tidak mempengaruhi terbentuknya thrombus (Dougherty (2008). Jenis material meliputi pulvinyylchloride, TeflonTM, VialonTM, dan berbagai bahan *polyurethane* (Gabriel, et al, 2005).

Banyak jenis dan tipe kanula yang digunakan dengan berbagai ukuran, panjang, komposisi dan desain (Dougherty (2008). Ukuran alat akses vaskuler yang dikeluarkan oleh pabrik berbeda dalam hal panjang dan ukuran. Panjang dinyatakan dalam millimeter atau sentimeter. Sedangkan ukuran mengacu pada diameter lumen eksternal, bukan diameter internal, dan dinyatakan dengan “French” (Fr) atau “gauge” (ga) (Gabriel, et al., 2005). Ukuran kateter berkisar antara 16-24 dan panjangnya 25-45 mm. Secara umum, ukuran kateter yang lebih kecil sebaiknya dipilih untuk mencegah kerusakan intima pembuluh darah dan mempertahankan aliran darah sekitar kanula untuk mengurangi risiko *phlebitis* (Tagalakis, et al (2002). Akan tetapi pemilihan ukuran kateter

juga dipengaruhi oleh beberapa faktor seperti durasi dan komposisi cairan infus, kondisi klinik, usia pasien, ukuran dan kondisi vena (Alexander, et al., 2010).

Penggunaan kateter harus memilih ukuran kateter yang lebih kecil dengan panjang yang terpendek untuk mengakomodasi penentuan terapi. Untuk memudahkan dalam pemilihan kateter, maka ada perbedaan warna berdasarkan ukuran kateter, yaitu: coklat (14G), abu-abu (16G), putih (17G), hijau(18G), pink (20G), biru (22G), dan kuning (24G) (Phillips, et al, 2014).

e. Jumlah Insersi

Jumlah insersi yang di maksud adalah jumlah insersi kateter yang dilakukan oleh perawat sebelum insersi yang berhasil (Ignatavicius, et al., 2010). INS (2006) dalam Ignatavicius, et al., (2010) merekomendasikan tidak lebih dari dua upaya penyisipan kateter oleh seorang perawat. Pemahaman ini perlu diketahui oleh semua perawat bahwa saat kateter diinsersikan kedalam vena, maka setelah itu kateter telah terkontaminasi. Jadi, ketika kateter menembus kulit, maka akan terkontaminasi mikroorganismenya yang ada pada kulit. Itulah kenapa INS merekomendasikan maksimal dua kali insersi dari satu kateter jika terjadi kegagalan insersi.

f. Pemindahan Tempat Insersi

Infusion Nursing Standards of Practice (2006) merekomendasikan bahwa kanula perifer harus diganti setiap 72 jam dan segera mungkin jika diduga terkontaminasi, adanya komplikasi, atau ketika terapi telah dihentikan (Hankins, et al., 2001; Alexander, et al., 2010). Sedangkan *Center for Disease Control* (CDC) guidelines (2011) merekomendasikan pemindahan lokasi atau tempat penusukan adalah 72 sampai 96 jam meskipun beberapa literatur memperluas dukungan untuk tidak mengganti sampai dengan 144 jam. Kecuali jika sudah ada gejala infeksi, maka harus segera diganti meskipun belum 72 jam. Untuk itu perawat harus mencatat tanggal dan waktu pemasangan (Doherty, 2008; Alexander, et al., 2010).

g. Frekuensi Ganti Balutan

INS (2006) dalam Alexander, et al. (2010) merekomendasikan bahwa kriteria perawatan daerah insersi kateter yaitu: yang pertama pertemuan kulit dengan kateter harus dibersihkan dengan cairan antiseptik, dan yang kedua

adalah meminimalkan kerusakan dan pergerakan kateter. Balutan untuk menutupi tempat insersi kanula IV merupakan faktor yang mempengaruhi terjadinya infeksi, hal ini dipengaruhi karena faktor kelembaban. Kondisi lingkungan yang lembab menyebabkan mikroba akan lebih cepat berkembang, sehingga tempat insersi kanula IV harus dijaga agar tetap kering (Hindley, 2004).

Jenis balutan *moisture-permeable transparent* adalah termasuk ke dalam *modern dressing* untuk terapi intravena, selain mudah untuk memasangnya, juga mudah dalam mengobservasi tempat insersi dari tanda-tanda infeksi, serta bersifat *waterproof* untuk meminimalkan potensial infeksi (Gabriel, et al, 2005; Hankins, 2001). Seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Gayatri dan Handiyani (2007) didapatkan bahwa penggunaan balutan transparan diperoleh probabilitas untuk tidak terjadinya *phlebitis* pada 24 jam ketiga adalah 78%. Sedangkan penggunaan balutan konvensional akan meningkatkan risiko terjadinya *phlebitis* sebesar 4,3 kali dibandingkan dengan yang memakai balutan transparan. Ignatavicius, et al., (2010) mengatakan bahwa frekuensi penggantian balutan dilakukan berdasarkan jenis balutan. Jenis balutan yang menggunakan plester dan kassa harus diganti setiap 48 jam; sedangkan untuk jenis balutan transparan harus diganti maksimal selama 7 hari. Akan tetapi penggantian balutan dapat lebih cepat dari yang direkomendasikan. Prinsipnya balutan harus diobservasi setiap hari, dijaga supaya tetap kering, tidak boleh longgar, dan jika basah atau kotor harus segera diganti dengan teknik aseptik atau steril.

h. Jenis cairan

pH dan osmolaritas cairan infus yang ekstrem selalu diikuti risiko *phlebitis* tinggi. pH larutan dekstrosa berkisar antara 3–5, dimana keasaman diperlukan untuk mencegah karamelisasi dekstrosa selama proses sterilisasi autoklaf, jadi larutan yang mengandung glukosa, asam amino dan lipid yang digunakan dalam nutrisi parenteral bersifat lebih flebitogenik dibandingkan normal salin. Obat suntik yang bisa menyebabkan peradangan vena yang hebat, antara lain kalium klorida, *vancomycin*, *amphotrecin B*, *cephalosporins*, diazepam, midazolam dan banyak obat kemoterapi. Selain itu, jenis medikasi seperti anticoagulant atau pemberian kortikosteroid jangka panjang, menyebabkan

vena menjadi rapuh dan rentan terjadi memar (Dougherty, 2008).

Para ahli umumnya sepakat bahwa makin lambat infus larutan hipertonik diberikan makin rendah risiko *phlebitis*. Namun, ada paradigma berbeda untuk pemberian infus obat injeksi dengan osmolaritas tinggi. Osmolaritas boleh mencapai 1000 mOsm/L jika durasi hanya beberapa jam (Bier, 2000). Durasi sebaiknya kurang dari tiga jam untuk mengurangi waktu kontak campuran yang iritatif dengan dinding vena. Ini membutuhkan kecepatan pemberian tinggi (150 – 330 mL/jam). Vena perifer yang paling besar dan kateter yang sekecil dan sependek mungkin dianjurkan untuk mencapai laju infus yang diinginkan, dengan filter 0.45 mm. Kanula harus diangkat bila terlihat tanda dini nyeri atau kemerahan. Infus relatif cepat ini lebih relevan dalam pemberian infus jaga sebagai jalan masuk obat, bukan terapi cairan maintenance atau nutrisi parenteral.

Menurut Potter & Perry (2005) faktor yang mempengaruhi terjadinya *phlebitis*, diantaranya adalah faktor internal dan eksternal. Yang termasuk faktor internal, yaitu:

a. Usia

Pertahanan terhadap infeksi dapat berubah sesuai usia. Pada pasien neonatus sangat rentan terhadap infeksi. Menurut WHO (2009) sebagian besar infeksi neonatus lanjut di dapat di rumah sakit melalui pemberian cairan intravena, kurangnya tindakan aseptik untuk semua prosedur dan tindakan menyuntik yang kurang bersih. Pada neonatus keadaan banyak bergerak dapat mengakibatkan vena kateter bergeser dan hal ini yang bisa menyebabkan *phlebitis*.

b. Status Nutrisi

Pada pasien dengan gizi buruk mempunyai vena yang tipis sehingga mudah rapuh, selain itu pada gizi buruk daya tahan tubuhnya kurang sehingga

jika terjadi luka mudah terkena infeksi.

c. Stress

Tubuh berespon terhadap stress dan emosi atau fisik melalui adaptasi imun. Rasa takut akan cedera tubuh dan nyeri sering terjadi diantara anak-anak, konsekuensi rasa takut ini dapat sangat mendalam dimana anak-anak yang mengalami lebih banyak rasa takut dan nyeri karena pengobatan akan merasa lebih takut terhadap nyeri dan cenderung menghindari perawatan medis, dengan menghindari pelaksanaan pemasangan infus/berontak saat dipasang bisa mengakibatkan *phlebitis* karena pemasangan yang berulang dan respon imun yang menurun.

d. Keadaan Vena

Kondisi vena yang kecil dan vena yang sering terpasang infus mudah mengalami *phlebitis*.

e. Faktor Penyakit

Penyakit yang diderita pasien dapat mempengaruhi terjadinya *phlebitis*, misalnya pada pasien Diabetes Militus yang mengalami aterosklerosisakan mengakibatkan aliran darah ke perifer berkurang sehingga jika terdapat luka mudah mengalami infeksi.

2.2.4 Pencegahan *Phlebitis*

Menurut Dougherty (2008) kejadian *phlebitis* merupakan salah satu komplikasi yang terjadi pada pemberian terapi cairan baik terapi rumatan cairan, pemberian obat melalui intravena maupun pemberian nutrisi parenteral. Oleh karena itu sangat diperlukan pengetahuan tentang faktor-faktor yang berperan dalam kejadian *phlebitis* serta pemantauan yang ketat untuk mencegah dan mengatasi kejadian *phlebitis*. Ada banyak hal yang dapat dilakukan untuk mencegah terjadinya *phlebitis* antara lain:

a. Mencegah *phlebitis* bacterial

Pedoman yang lazim dianjurkan adalah menekankan pada kebersihan tangan, teknik aseptik, perawatan daerah infus, antisepsis kulit serta observasi dan pemantauan yang ketat untuk mencegah dan mengatasi kejadian *phlebitis*..

b. Selalu waspada dan tindakan aseptik

Selalu berprinsip aseptik setiap tindakan yang memberikan manipulasi pada daerah infus. Studi melaporkan bahwa *stopcock* (yang digunakan sebagai jalan pemberian obat, pemberian cairan infus atau pengambilan sampel darah) merupakan jalan masuk kuman.

c. Rotasi kateter

Untuk pemindahan lokasi pemasangan harus dilakukan sebelum terjadi *phlebitis*. *Infusion Nursing Society* (2006) merekomendasikan bahwa kanula perifer harus diganti setiap 72 jam dan segera mungkin jika diduga terkontaminasi, adanya komplikasi, atau ketika telah dihentikan. Hal ini menunjukkan bahwa waktu terjadinya *phlebitis* dapat terjadi sebelum 72 jam. Oleh karena itu perlu dipertimbangkan untuk pemindahan lokasi pemasangan yang tepat sehingga angka kejadian *phlebitis* dapat dikurangi.

Penggantian kanul infus sebelum 72 jam dilakukan karena dalam proses penyembuhan luka yaitu pada fase inflamasi mempunyai prioritas fungsional yaitu menggalakkan hemostasis, menyingkirkan jaringan mati, dan mencegah infeksi oleh bakteri patogen terutama bakteria. Inflamasi merupakan reaksi tubuh terhadap luka yang dimulai setelah beberapa menit dan berlangsung selama sekitar 3 hari setelah cedera. Proses perbaikan terdiri dari mengontrol perdarahan (hemostatis), mengirim darah dan sel ke area yang mengalami cedera, dan membentuk sel-sel epitel pada tempat cedera (epitelialisasi). Sel epitel pada tempat cedera (epitelialisasi). Selama proses hemostatis, pembuluh darah yang cedera akan mengalami konstiksi dan trombosit berkumpul untuk menghentikan perdarahan. Bekuan-bekuan darah membentuk matriks fibrin yang nantinya akan menjadi kerangka untuk perbaikan sel. Apabila fase ini berlangsung lebih dari tiga hari maka proses inflamasi akan berlanjut.

d. *Aseptic dressing*

Infusion Nursing Society (2006) merekomendasikan untuk penggunaan balutan yang transparan sehingga mudah untuk melakukan pengawasan tanpa

harus memanipulasinya Penggunaan balutan konvensional masih bisa dilakukan, tetapi kassa steril harus diganti tiap 24 jam.

e. Kecepatan pemberian

Makin lambat infus larutan hipertonik diberikan makin rendah risiko *phlebitis*. Namun, ada paradigma berbeda untuk pemberian infus obat injeksi dengan osmolaritas tinggi. Osmolaritas boleh mencapai 1000 mOsm/L jika durasi hanya beberapa jam. Durasi sebaiknya kurang dari tiga jam untuk mengurangi waktu kontak campuran yang iritatif dengan dinding vena. Ini membutuhkan kecepatan pemberian tinggi (150–330 mL/jam). Vena perifer yang paling besar dan kateter yang sekecil dan sependek mungkin dianjurkan untuk mencapai laju infus yang diinginkan, dengan filter 0.45 mm. Kateter harus diangkat bila terlihat tanda dini nyeri atau kemerahan. Infus relatif cepat ini lebih relevan dalam pemberian infus sebagai jalan.

2.3 Terapi Intravena (Infus)

2.3.1 Pengertian Terapi Intravena (Infus)

Terapi Intravena (IV) adalah menempatkan cairan steril melalui jarum, langsung ke vena pasien. Biasanya cairan steril mengandung elektrolit (natrium, kalsium, kalium), nutrient (biasanya glukosa), vitamin atau obat (Brunner & Sudarth, 2013). Terapi intravena adalah pemberian sejumlah cairan ke dalam tubuh, melalui sebuah jarum, ke dalam pembuluh vena (pembuluh balik) untuk menggantikan kehilangan cairan atau zat-zat makanan dari tubuh (Darmadi, 2010). Terapi intravena (IV) digunakan untuk memberikan cairan ketika pasien tidak dapat menelan, tidak sadar, dehidrasi atau syok, untuk memberikan garam yang diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan elektrolit, atau glukosa yang diperlukan untuk metabolisme dan memberikan medikasi (Potter & Perry, 2006).

2.3.2 Tujuan Pemberian Terapi Intravena (Infus)

Memberikan atau menggantikan cairan tubuh yang mengandung air, elektrolit, vitamin, protein, lemak, dan kalori, yang tidak dapat dipertahankan secara adekuat melalui oral, memperbaiki keseimbangan asam- basa, memperbaiki volume komponen-komponen darah, memberikan jalan masuk untuk pemberian obat-obatan ke dalam tubuh, memonitor tekanan vena sentral (CVP), memberikan nutrisi pada saat sistem pencernaan mengalami gangguan (Potter & Perry, 2006).

2.3.3 Vena Tempat Pemasangan Infus

Menurut Potter & Perry (2006) vena-vena tempat pemasangan infus yaitu vena metakarpal, vena sefalika, vena basilica, vena sefalika mediana, vena basilika mediana, vena antebrakial mediana.

2.3.4 Komplikasi Terapi Intravena (Infus)

Menurut Darmadi (2010) beberapa komplikasi yang dapat terjadi dalam pemasangan infus: hematoma, yakni darah mengumpul dalam jaringan tubuh akibat pecahnya pembuluh darah arteri vena, atau kapiler, terjadi akibat penekanan yang kurang tepat saat memasukkan jarum, atau “tusukan” berulang pada pembuluh darah. Infiltrasi, yakni masuknya cairan infus ke dalam jaringan sekitar (bukan pembuluh darah), terjadi akibat ujung jarum infus melewati pembuluh darah. *Phlebitis*, atau bengkak (inflamasi) pada pembuluh vena, terjadi akibat infus yang dipasang tidak dipantau secara ketat dan benar Emboli udara, yakni masuknya udara ke dalam sirkulasi darah, terjadi akibat masuknya udara yang ada dalam cairan infus ke dalam pembuluh darah, rasa perih/sakit dan reaksi alergi.

2.4 Metode Penentuan Prioritas Masalah

2.4.1 *Urgency, Seriousness, Growth* (USG)

Analisis *Urgency, Seriousness, Growth* (USG) merupakan salah satu metode untuk skoring untuk menentukan prioritas masalah yang harus diselesaikan. Pada tahap ini masing-masing masalah dinilai tingkat risiko dan dampaknya. Bila telah didapatkan jumlah skor maka dapat menentukan prioritas masalah. Langkah skoring dengan menggunakan metode USG adalah membuat daftar akar masalah membuat tabel matriks prioritas masalah dengan bobot skoring 1-5 dan nilai yang tertinggi akan terpilih sebagai prioritas masalah (Kotler dkk, 2001).

a. *Urgency*

Urgency merupakan seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dan dihubungkan dengan waktu yang tersedia serta seberapa keras tekanan waktu untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi.

b. *Seriousness*

Seriousness merupakan seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dan dihubungkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan

masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan.

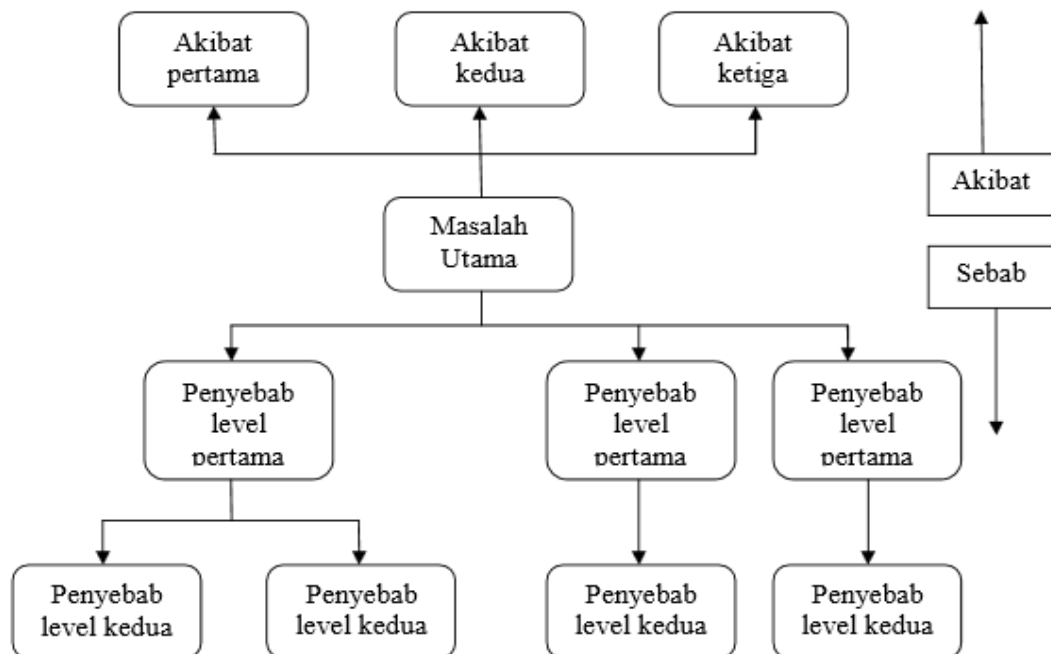
c. *Growth*

Growth merupakan seberapa besar kemungkinan-kemungkinan isu tersebut menjadi berkembang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk.

2.5 Metode Penentuan Penyebab Masalah

Pohon masalah (*problem tree*) merupakan sebuah pendekatan/ metode yang digunakan untuk identifikasi penyebab suatu masalah. Analisis pohon masalah dilakukan dengan membentuk pola pikir yang lebih terstruktur mengenai komponen sebab akibat yang berkaitan dengan masalah yang telah diprioritaskan.

Metode ini dapat diterapkan apabila sudah dilakukan identifikasi dan penentuan prioritas masalah. Pohon masalah memiliki tiga bagian, yakni batang, akar, dan cabang. Batang pohon menggambarkan masalah utama, akar merupakan penyebab masalah inti, sedangkan cabang pohon mewakili dampak. Penggunaan pohon masalah ini berkaitan dengan perencanaan proyek. Hal ini terjadi karena komponen sebab akibat dalam pohon masalah akan mempengaruhi desain intervensi yang mungkin dilakukan.



Gambar 2.5 *Problem Tree*

BAB III METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang dilakukan pada lokasi berikut:

Nama Instansi : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Alamat Instansi : Jalan Manyar Kertoadi, Klampis Ngasem, Kecamatan Sukolilo, Kota Surabaya, Jawa Timur

Kode Pos : 60116

Nomor Telepon : (031) 5924000

3.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Magang dilaksanakan pada tanggal 6 Januari 2020 hingga 6 Februari 2020. Adapun waktu magang adalah setiap hari Senin – Jumat. Lama waktu magang setiap hari adalah 8 jam terhitung sejak pukul 07.00 WIB – 15.30 WIB, kecuali pada hari Jumat yaitu pukul 07.00 – 14.30 WIB.

No.	Jenis Kegiatan	Januari				Februari			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
1.	Pembekalan dan Orientasi di RSU Haji								
2.	Mempelajari struktur organisasi di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya								
3.	Mengidentifikasi masalah kesehatan dan membuat prioritas masalah yang ada di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya								
4.	Menyusun instrumen penelitian								
5.	Pengambilan data primer dan sekunder di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya								
6.	Melakukan pengolahan data								
7.	Melakukan analisis hasil								
8.	Menyusun alternatif pemecahan masalah								
9.	Penyusunan laporan magang								
10.	Seminar laporan magang								

Tabel 3.1 Waktu dan Kegiatan Magang Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

3.3 Metode Pelaksanaan Magang

Metode pelaksanaan magang yang dilakukan adalah melalui observasi, partisipasi, wawancara dan studi dokumen. Observasi yaitu melaksanakan pengamatan terkait dengan pelaksanaan suatu kegiatan yang dilaksanakan di Komite PPI RSUD Haji Surabaya. Partisipasi yaitu berperan aktif dalam menjalankan tugas kerja atau kegiatan terkait dengan program perbaikan dalam masalah kesehatan di Komite PPI RSUD Haji Surabaya, seperti pencatatan kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis*. Kegiatan pencatatan kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* ini menggunakan lembar *checklist* pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* yang biasa digunakan oleh IPCN Komite PPI saat melakukan supervisi pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* di setiap ruangan. Pencatatan kelengkapan pengisian dilakukan dengan melihat formulir *bundle prevention phlebitis* pada rekam medis pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* di setiap ruangan pada bulan Januari 2020. Wawancara dilaksanakan dengan IPCN, IPCLN, dan kepala ruangan di ruang rawat inap RSUD Haji Surabaya untuk mendapatkan penjelasan lebih lanjut dan pendalaman terkait permasalahan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis*. Studi dokumen dilaksanakan dengan mempelajari permasalahan melalui dokumen hasil pencatatan dan pelaporan formulir *bundle prevention phlebitis* di RSUD Haji Surabaya.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam menyusun laporan ini adalah dengan dua jenis data, yakni:

1. Data Primer

Data primer didapatkan melalui kegiatan wawancara mendalam (*indepth interview*). Wawancara mendalam (*indepth interview*) dilaksanakan terhadap IPCN di Komite PPI, IPCLN di ruang Paviliun 4, ICU, Shofa 3, Al-Aqsha 5, Marwah 4, dan kepala ruangan Shofa 4.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan melakukan studi dokumen dari formulir *bundle prevention phlebitis* pada rekam medis pasien yang terpasang kateter selama bulan Januari 2020 di RSUD Haji Surabaya. Data kelengkapan *bundle prevention phlebitis* didapatkan dari enam belas ruangan rawat inap diambil data

pasien 30% dari total keseluruhan pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* di tiap ruangan, sehingga diperoleh total 53 pasien.

3.5 Output Kegiatan

Output atau keluaran dari kegiatan yang didapat adalah peserta magang dapat mengetahui program dan kegiatan apa saja yang dilaksanakan oleh Komite PPI RSUD Haji Surabaya. Selain itu, peserta magang juga dapat berpartisipasi langsung dalam pelaksanaan kegiatan/program dan menemukan permasalahan untuk ditelaah lebih lanjut guna menghasilkan rekomendasi perbaikan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Komite PPI RSUD Haji Surabaya

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Haji Surabaya dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI) RSUD Haji Surabaya. Komite PPI sebelumnya bernama Sub Komite Dalin yang berada di bawah Komite Medik. Sejak diterbitkan SK Direktur RSUD Haji Surabaya pada tahun 2010, Sub Komite Dalin resmi berganti nama menjadi Komite PPI yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD Haji Surabaya.

4.1.1 Tujuan Komite PPI RSUD Haji Surabaya

1. Tujuan Umum

Meningkatkan mutu layanan rumah sakit melalui pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

2. Tujuan Khusus

- 1) Sebagai pedoman bagi petugas rumah sakit dalam membentuk organisasi, menyusun dan melaksanakan, tugas pokok dan fungsi, wewenang, dan tanggung jawab yang berorientasi dalam upaya pencegahan dan pengendalian kejadian infeksi untuk melindungi keselamatan tenaga kesehatan, pasien, penunjang, dan lingkungan rumah sakit.
- 2) Menggerakkan segala sumber daya yang ada di rumah sakit secara efektif dan efisien dalam pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
- 3) Mencegah dan menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit secara bermakna.

4.1.2 Visi dan Misi Komite PPI RSUD Haji Surabaya

1. Visi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Mengupayakan RSUD Haji Surabaya yang dapat mencegah dan menurunkan angka kejadian infeksi.

2. Misi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

- a. Menyelenggarakan pencegahan infeksi
- b. Menyelenggarakan pengendalian infeksi

- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- d. Menyelenggarakan pemeliharaan fisik dan sarana
- e. Menyelenggarakan surveilans kejadian HAIs (*Healthcare Associated Infections*)
- f. Monitoring penerapan kebijakan PPI

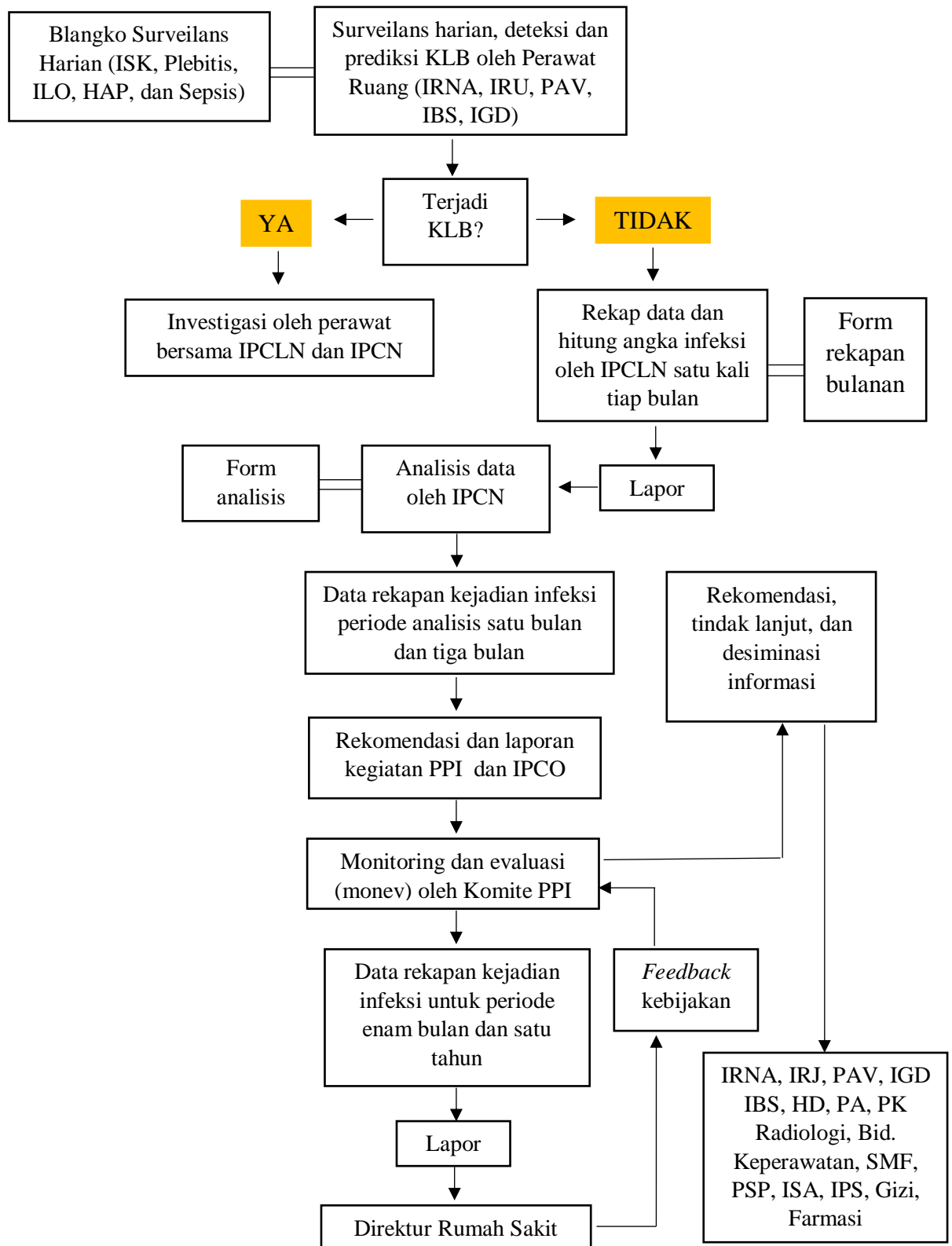
4.1.3 Program PPI di RSUD Haji Surabaya

Berikut ini beberapa program unit pencegahan dan pengendalian (PPI):

1. Surveilans HAIs (*Healthcare Associated Infections*)
 - a. Surveilans Blood Stream Infections (BSI)
 - b. Surveilans Chateter Associated Infections (CAUTI)
 - c. Surveilans Ventilator Associated Infection (VAP)
 - d. Surveilans Surgical Site Infections (SSI)
2. Kewaspadaan Isolasi
 - a. Kewaspadaan Standar
 - 1) Monitoring pelaksanaan penempatan pasien
 - 2) Melaksanakan program penyuntikan yang aman dan prinsip pemberian terapi IV
 - 3) Melaksanakan program etika batuk
 - 4) Menyelenggarakan monitoring kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
 - 5) Menyelenggarakan pengendalian lingkungan
 - 6) Melaksanakan monitoring sterilisasi di RS
 - 7) Menyelenggarakan kesehatan karyawan
 - 8) Melaksanakan monitoring *hand hygiene*
 - 9) Menyelenggarakan pengelolaan linen
 - 10) Menyelenggarakan pengelolaan limbah
 - 11) Menyelenggarakan sanitasi makanan
 - b. Kewaspadaan berdasarkan transmisi
 - 1) Kewaspadaan transmisi kontak
 - 2) Kewaspadaan transmisi droplet
 - 3) Kewaspadaan transmisi *airborne*
3. Pencegahan Infeksi
 - a. Penerapan *Bundle Prevention Blood Stream Infection* (BSI)

- b. Penerapan *Bundle Prevention Catheter Associated Urinary Tract Infection* (CAUTI)
- c. Penerapan *Bundle Prevention Ventilator Associated Infection* (VAP)
- d. Penerapan *Bundle Prevention Surgical Site Infection* (SSI)
4. Diklat (Pelatihan dan Pendidikan)
5. Penggunaan Antibiotik Rasional

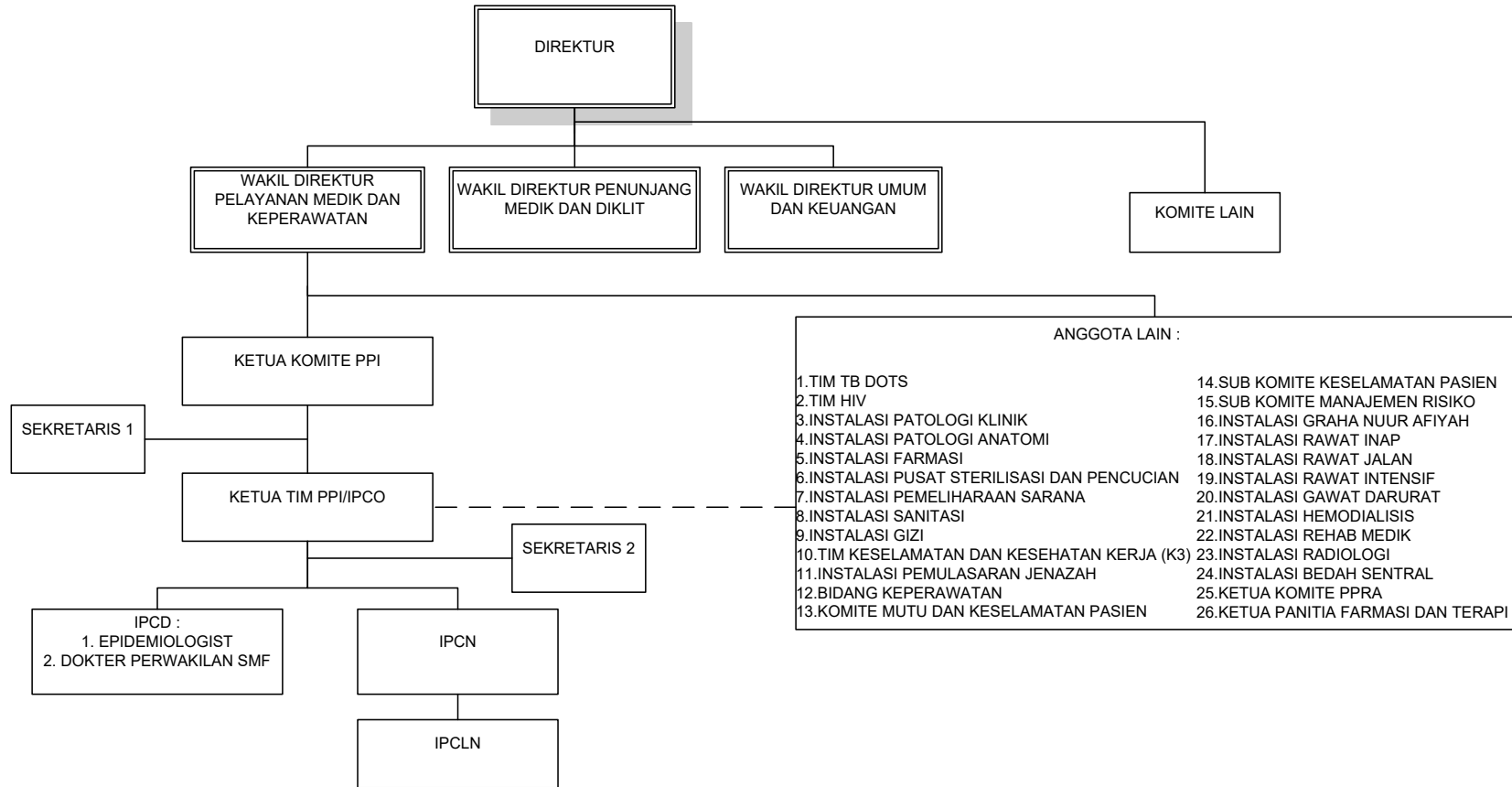
4.1.4 Alur Kegiatan Surveilans di Komite PPI RSUD Haji Surabaya



Gambar 4.1 Alur Kegiatan Surveilans RSUD Haji Surabaya

4.1.5 Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Berdasarkan SK Direktur RSU Haji Surabaya No. 445 Tahun 2011 tentang Restrukturasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSU Haji Surabaya ditetapkan struktur organisasi Komite PPI RSU Haji Surabaya yang ditunjukkan oleh bagan sebagai berikut:



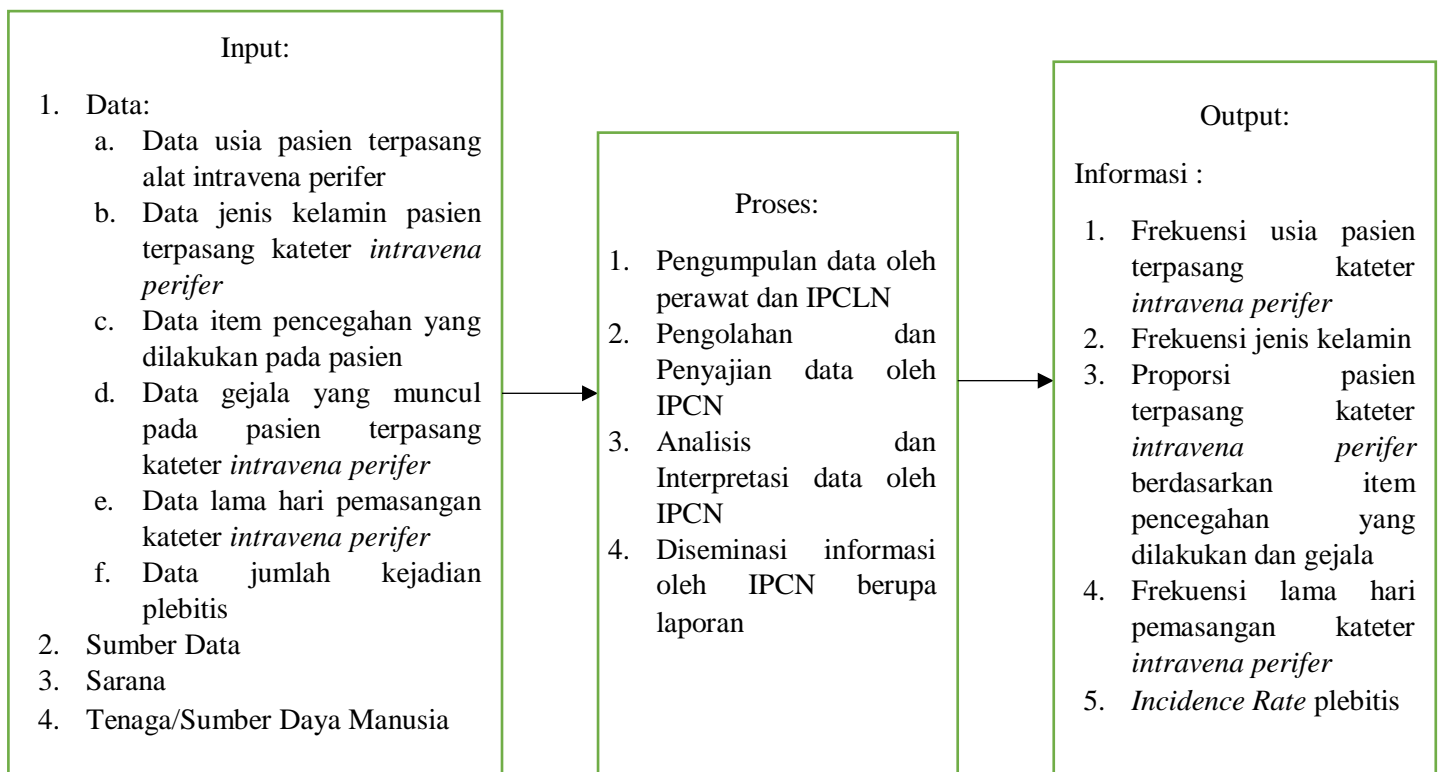
Gambar 4.2 Struktur Organisasi RSU Haji Surabaya

4.1.6 Sasaran Program Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSU Haji Surabaya

Seluruh komunitas RSU Haji Surabaya yang terdiri dari pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

4.2 Sistem Surveilans *Phlebitis* di RSU Haji Surabaya

Surveilans *phlebitis* di RSU Haji Surabaya merupakan salah satu bentuk kegiatan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi akibat pemasangan kateter *intravena perifer*. Pelaksanaan surveilans *phlebitis* ini melibatkan IPCO, IPCN, dan IPCLN, kepala ruangan, dan dokter yang merawat pasien. Kegiatan surveilans berfungsi untuk memantau kejadian *phlebitis* secara kontinyu. Jika digambarkan, sistem surveilans *phlebitis* di RSU Haji adalah sebagai berikut:



Gambar 4.3 Sistem Surveilans *phlebitis* di RSU Haji Surabaya berdasarkan Input, Proses dan Output

4.3 Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya

Salah satu komponen sistem surveilans *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya adalah pengumpulan data yang dilakukan melalui pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* oleh perawat ruangan dan IPCLN. Komponen pengumpulan data ini tentu harus berjalan dengan baik agar sistem surveilans *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya berjalan dengan baik pula. Maka dari itu diperlukan penelusuran data kelengkapan formulir *bundle prevention phlebitis* yang ada pada rekam medis pasien yang terpasang kateter *intravena perifer*. Pada laporan magang ini, penelusuran kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* dilakukan pada pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* selama bulan Januari 2020 di RSUD Haji Surabaya.

4.3.1 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Tempat

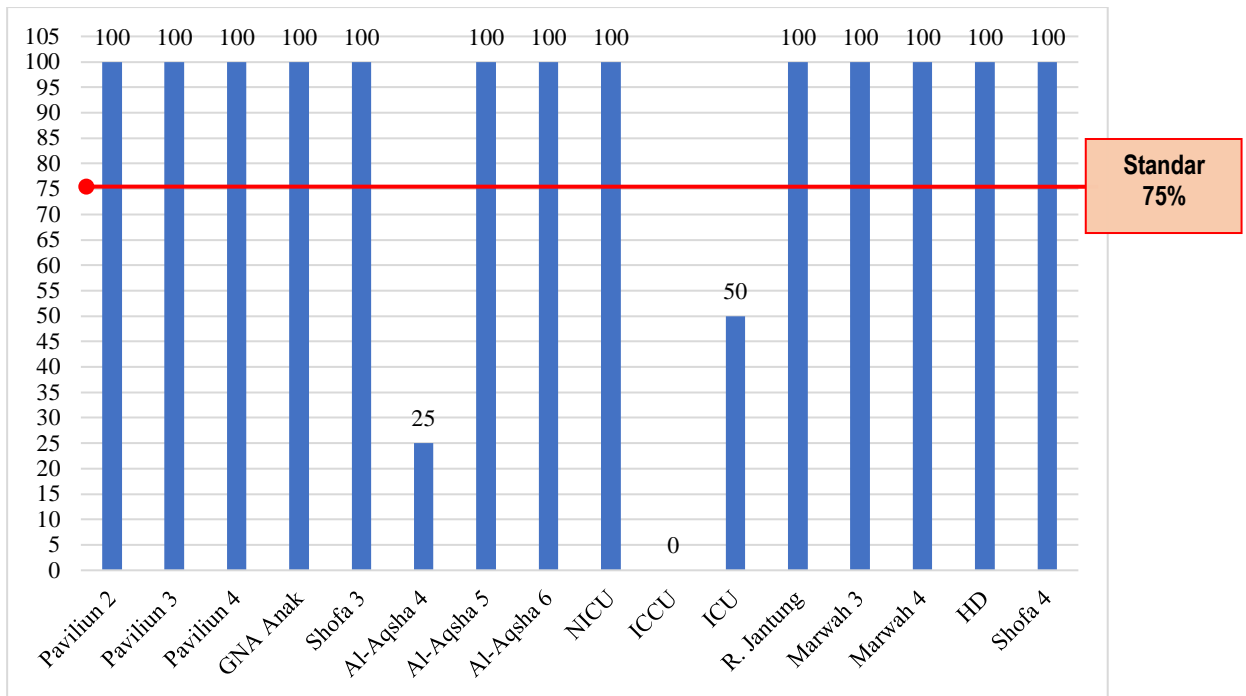
Hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* berdasarkan tempat adalah hasil yang didapatkan setelah melakukan penelusuran formulir *bundle prevention phlebitis* dalam rekam medis pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* di semua ruangan di RSUD Haji Surabaya selama bulan Januari 2020. Adapun hasil tersebut ditunjukkan dalam tabel berikut ini.

No.	Ruangan	Kelengkapan Pengisian				Total Pasien
		Lengkap (L)		Tidak Lengkap (TL)		
		n	%	n	%	
1.	Paviliun 2	1	100	0	0	1
2.	Paviliun 3	2	100	0	0	2
3.	Paviliun 4	2	100	0	0	2
4.	GNA Anak	2	100	0	0	2
5.	Shofa 3	5	100	0	0	5
6.	Al-Aqsha 4	1	25	3	75	4
7.	Al-Aqsha 5	7	100	0	0	7
8.	Al-Aqsha 6	2	100	0	0	2

9.	NICU	2	100	0	0	2
10.	ICCU	0	0	1	100	1
11.	ICU	1	50	1	50	1
12.	R. Jantung	4	100	0	0	4
13.	Marwah 3	5	100	0	0	5
14.	Marwah 4	8	100	0	0	8
15.	HD	2	100	0	0	2
16.	Shofa 4	4	100	0	0	4
Total		48	85,94	5	14,06	53

Tabel 4.1 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Tempat

Berdasarkan tabel 4.1 didapatkan hasil bahwa dari enam belas ruangan diambil data pasien 30% dari total keseluruhan pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* di tiap ruangan, diperoleh total 53 pasien dengan kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* sebesar 85,94%. Angka tersebut sudah tergolong di atas standar jika mengacu pada Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, dimana dalam keputusan menteri tersebut standar minimal untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAIs di rumah sakit yaitu minimal sebesar 75%. Namun, dari enam belas ruangan yang diobservasi, ada tiga ruangan yang belum memenuhi standar kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* yaitu Ruang Al-Aqsha 4, ICCU, dan ICU. Hal tersebut ditunjukkan dalam grafik berikut ini.



Gambar 4.4 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Tempat

4.3.2 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Item

Hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* berdasarkan item adalah hasil yang didapatkan setelah melakukan penelusuran formulir *bundle prevention phlebitis* dalam rekam medis pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* di semua ruangan di RSUD Haji Surabaya selama bulan Januari 2020. Adapun hasil tersebut ditunjukkan dalam tabel berikut ini.

No.	Item Pencegahan dan Gejala	Kelengkapan Pengisian				Total	
		Lengkap (L)		Tidak Lengkap (TL)			
		n	%	n	%	n	%
1.	Nomor IV chateter sesuai lokasi	45	84,9	8	19,1	53	100
2.	Jenis cairan yang dipasang sesuai lokasi pemasangan	43	81,13	10	18,87	53	100
3.	Metode fiksasi benar	52	98,11	1	1,89	53	100
4.	Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan IV	N/A	-	N/A	-	-	-

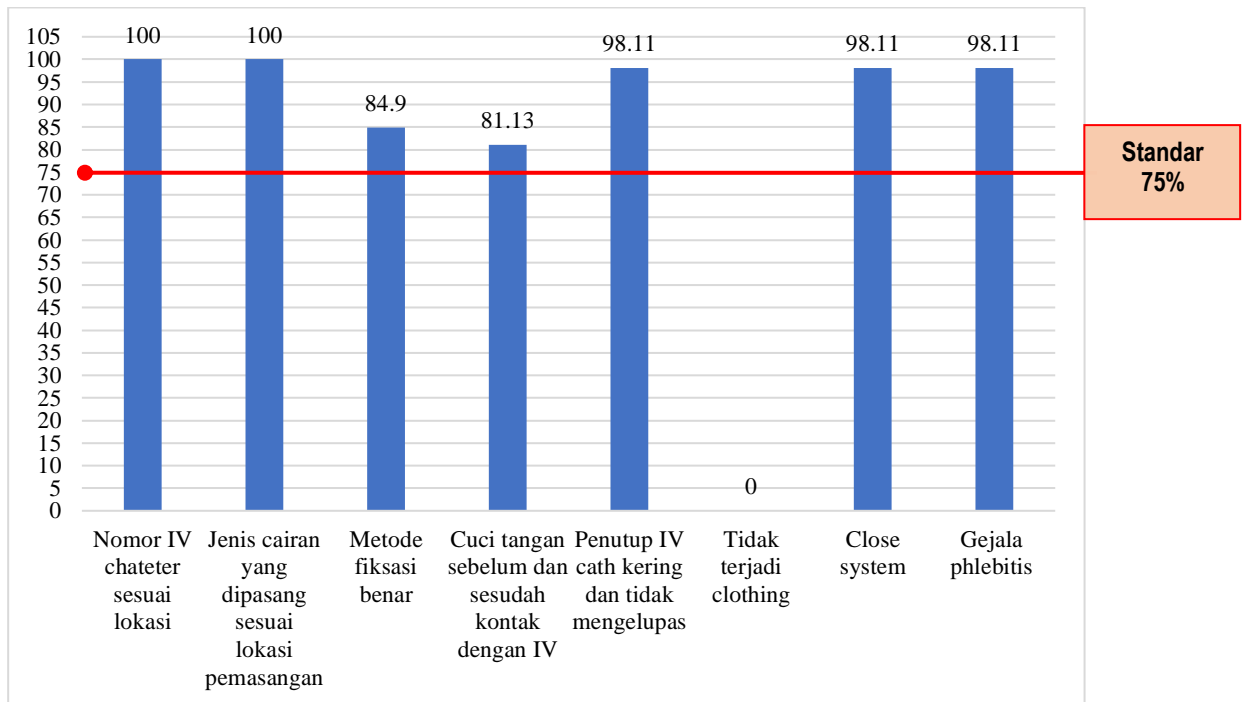
5.	Penutup IV cath kering dan tidak mengelupas	52	98,11	1	1,89	53	100
6.	Tidak terjadi clothing	52	98,11	1	1,89	53	100
7.	Close system	24	45,28	29	54,72	53	100
8.	Gejala <i>phlebitis</i>	44	83,02	9	16,98	53	100

Tabel 4.2 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Item

Keterangan:

N/A: *not-available*; terjadi karena saat survei, pengamat tidak dapat melihat langsung kondisi pasien sesuai formulir *bundle prevention*.

Berdasarkan tabel 4.2, item formulir *bundle prevention* berupa cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan IV tidak dapat diamati pada saat observasi sehingga item ini *not-available*. Berdasarkan tabel tersebut, item yang paling rendah kelengkapan pengisiannya adalah *close system* (45,28%), sedangkan item lainnya sudah memenuhi standar minimal untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAIs di rumah sakit yaitu minimal sebesar 75%. Hal tersebut ditunjukkan dalam grafik berikut ini.



Gambar 4.5 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Item

4.3.3 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Orang

Hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* berdasarkan orang dilakukan dengan menggolongkan pasien yang terpasang kateter berdasarkan karakteristik usia dan jenis kelamin.

1) Usia

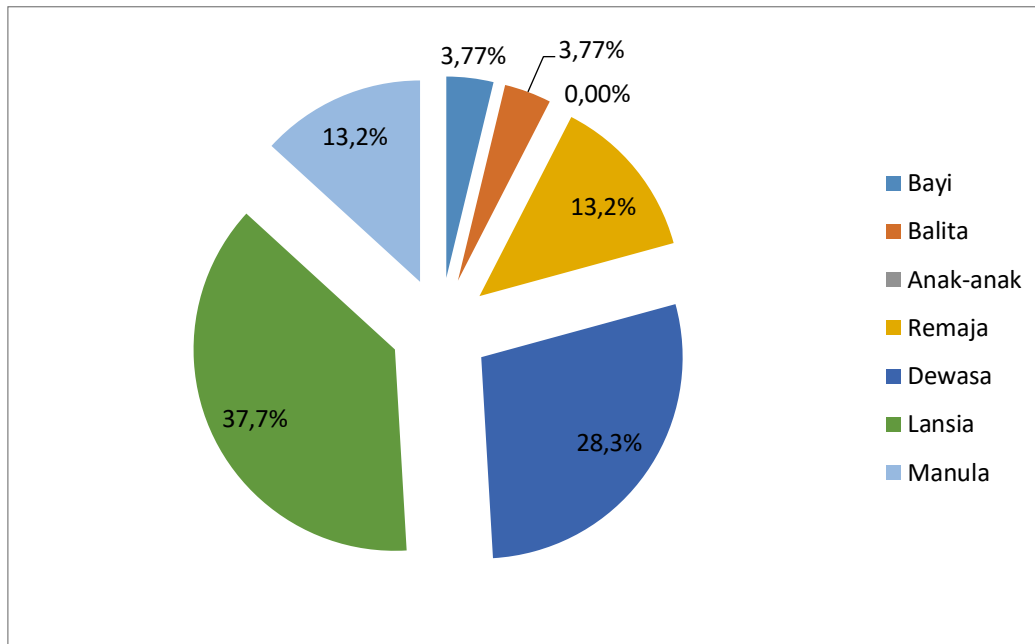
No.	Kelompok Usia	n	%
1.	Bayi (0 – 12 bulan)	2	3,77
2.	Balita (>1 – 5 tahun)	2	3,77
3.	Anak-anak (>5 – 12 tahun)	-	0,00
4.	Remaja (>12 – 25 tahun)	7	13,2
5.	Dewasa (>25 – 45 tahun)	15	28,3
6.	Lansia (>45 – 65 tahun)	20	37,7
7.	Manula (> 65 tahun)	7	13,2
Jumlah		53	100

Tabel 4.3 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Usia

Tabel tersebut menunjukkan bahwa sebesar 37,7% pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* merupakan lansia dengan rentang usia >45 – 65 tahun. Seiring dengan penambahan usia maka akan terjadi berbagai perubahan fungsi tubuh baik secara fisik, biologis, psikologi dan sosial. Salah satu perubahan fisik tersebut adalah penurunan sistem imun tubuh. Sistem imunitas tubuh memiliki fungsi yaitu membantu mencegah infeksi yang disebabkan oleh jamur, bakteri, virus, dan organisme lain serta menghasilkan antibodi (sejenis protein yang disebut imunoglobulin) untuk memerangi serangan bakteri dan virus asing ke dalam tubuh (Fatmah, 2006).

Fungsi sistem imunitas tubuh (*immunocompetence*) menurun sesuai usia, hal ini bukan berarti manusia lebih sering terserang penyakit, tetapi saat menginjak usia tua maka resiko kesakitan meningkat seperti penyakit infeksi, kanker, kelainan autoimun, atau penyakit kronik (Fatmah, 2006). Tidak hanya fungsi imunitas tubuh yang menurun perubahan vena juga terjadi seiring dengan peningkatan usia dimana pasien yang usianya >60 tahun, memiliki venayang bersifat rapuh, tidak elastis dan mudah hilang (kolap), sedangkan pada pasien anak vena lebih bersifat kecil, elastis dan mudah hilang (kolap) hal inilah yang nantinya akan mempengaruhi kejadian

phlebitis pada seseorang (Potter & Perry 2005). Berikut ini distribusi kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* berdasarkan usia:



Gambar 4.6 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Usia

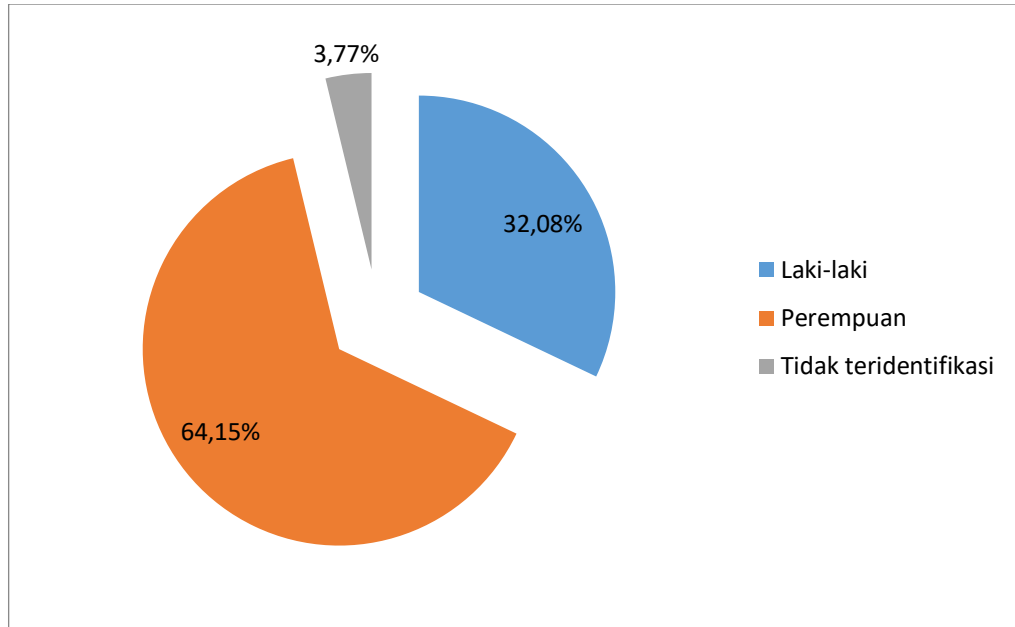
2) Jenis Kelamin

No.	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persen
1.	Laki-laki	17	32,08
2.	Perempuan	34	64,15
3.	Tidak teridentifikasi	2	3,77
Jumlah		53	100

Tabel 4.4 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel tersebut menunjukkan bahwa pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* yaitu 64,15% perempuan, 32,08% laki-laki, dan sebanyak 3,77% tidak teridentifikasi. Pembuluh darah perempuan memiliki risiko terhadap komplikasi pemasangan intravena, salah satunya adalah *phlebitis*. Hal ini dipengaruhi secara anatomis bahwa pembuluh darah perempuan lebih kecil daripada pembuluh darah laki-laki, karena timbunan lemak dalam pembuluh darah perempuan lebih banyak

daripada timbunan lemak dalam pembuluh darah laki-laki akibat tingginya frekuensi aktivitas fisik (Safiudin, 2013). Berikut ini distribusi kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* berdasarkan jenis kelamin:



Gambar 4.7 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Jenis Kelamin

4.3.4 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Waktu

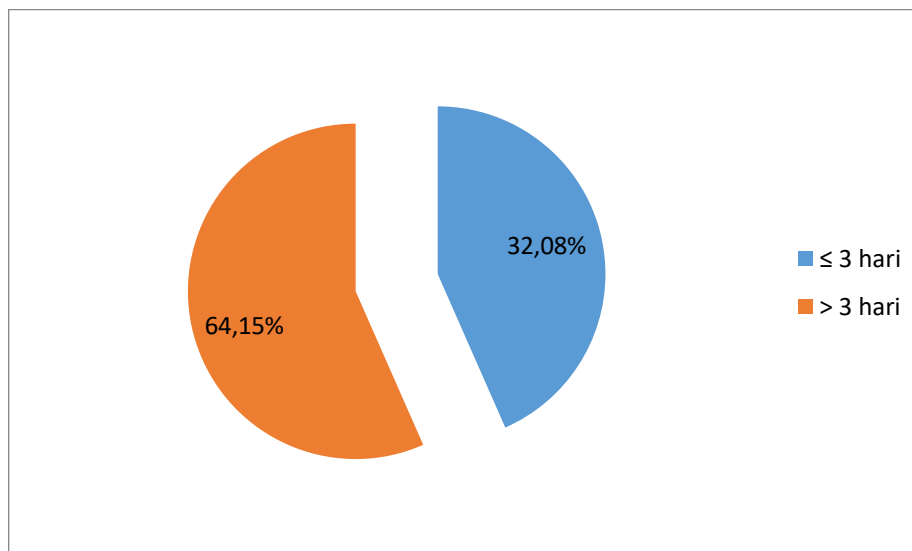
Hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* berdasarkan waktu dilihat dari lama pemasangan alat dalam formulir *bundle prevention phlebitis* yang ada di rekam medis pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* di semua ruangan di RSUD Haji Surabaya selama bulan Januari 2020. Adapun hasil tersebut ditunjukkan dalam tabel berikut ini.

No.	Lama Terpasang Alat	n	%
1.	≤ 3 hari	23	43,4
2.	> 3 hari	30	56,6
Jumlah		53	100

Tabel 4.5 Hasil Rekap Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Berdasarkan Waktu

Tabel tersebut menunjukkan bahwa pasien yang terpasang kateter *intravena perifer* selama ≤ 3 hari sebesar 32,08%, sedangkan pasien yang terpasang kateter

intravena perifer selama > 3 hari sebesar 64,15%. Semakin lama pemasangan infus maka semakin tinggi pula berkembang biakan mikroorganisme yang akan berdampak semakin tinggi pula resiko *phlebitis* akan terjadi (Potter & Perry, 2010). Secara teknis tempat pungsi vena akan tetap steril selama 48 jam sampai 72 jam jika dilakukan perawatan. Pada pasien yang mendapat terapi intravena perawatan infus harus dilakukan khususnya ditempat pungsi setiap 24 jam dan dalam jangka waktu 48 jam menganjurkan rotasi tempat infus untuk mencegah kerusakan pembuluh darah dan masuknya mikroorganisme kedalam aliran darah (Smeltzer & Bare, 2010). Berikut ini distribusi kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* berdasarkan lama terpasang alat:



Gambar 4.8 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya Januari 2020 Berdasarkan Waktu

4.4 Masalah Pelaksanaan Surveilans *Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan hasil observasi dan *indepth interview* dengan IPCN, IPCLN, dan perawat, serta dari data sekunder yang ada, maka ditemukan beberapa *list* masalah sebagai berikut:

- Sosialisasi tentang pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* belum optimal
- Ketidakpatuhan perawat dalam mengisi formulir *bundle prevention phlebitis*
- Kurangnya pengawasan dari kepala ruangan dan IPCLN dalam pengisian formulir *bundle prevention phlebitis*
- Sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online yang belum memadai

4.5 Penentuan Prioritas Masalah Pelaksanaan Surveilans *Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan pada list masalah yang telah ditemukan dalam kegiatan surveilans *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya, kemudian dilakukan penentuan prioritas masalah menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, and Growth*). *Urgency* adalah seberapa serius masalah, *Seriousness* yaitu seberapa serius sebuah masalah apabila terjadi penundaan pemecahan masalah, sedangkan *Growth* adalah kemungkinan masalah tersebut makin berkembang apabila dibiarkan. Setiap aspek memiliki kriteria penilaian dengan skor 1-5. Hasil skoring terbanyak akan menjadi prioritas masalah berdasarkan urutan ranking dari masalah-masalah yang ditemukan. Berikut hasil skoring masalah yang diangkat dalam kegiatan surveilans *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya:

No.	Responden	Kategori USG	List Masalah			
			A	B	C	D
1.	IPCN 1	<i>Urgency</i>	2	3	3	5
		<i>Seriousness</i>	2	3	3	4
		<i>Growth</i>	2	3	4	5
2.	IPCN 2	<i>Urgency</i>	3	4	3	4
		<i>Seriousness</i>	2	3	3	4
		<i>Growth</i>	3	4	3	4
3.	Mahasiswa	<i>Urgency</i>	2	3	3	5
		<i>Seriousness</i>	2	3	3	4
		<i>Growth</i>	3	4	3	4
Total			21	30	28	39
Prioritas Masalah			4	2	3	1

Tabel 4.6 Hasil Skoring Prioritas Masalah dalam Kegiatan Surveilans *Phlebitis* Menggunakan Metode USG

Keterangan:

A = Sosialisasi tentang pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* belum optimal

B = Ketidapatuhan perawat dalam mengisi formulir *bundle prevention phlebitis*

C = Kurangnya pengawasan dari kepala ruangan dan IPCLN dalam pengisian formulir *bundle prevention phlebitis*

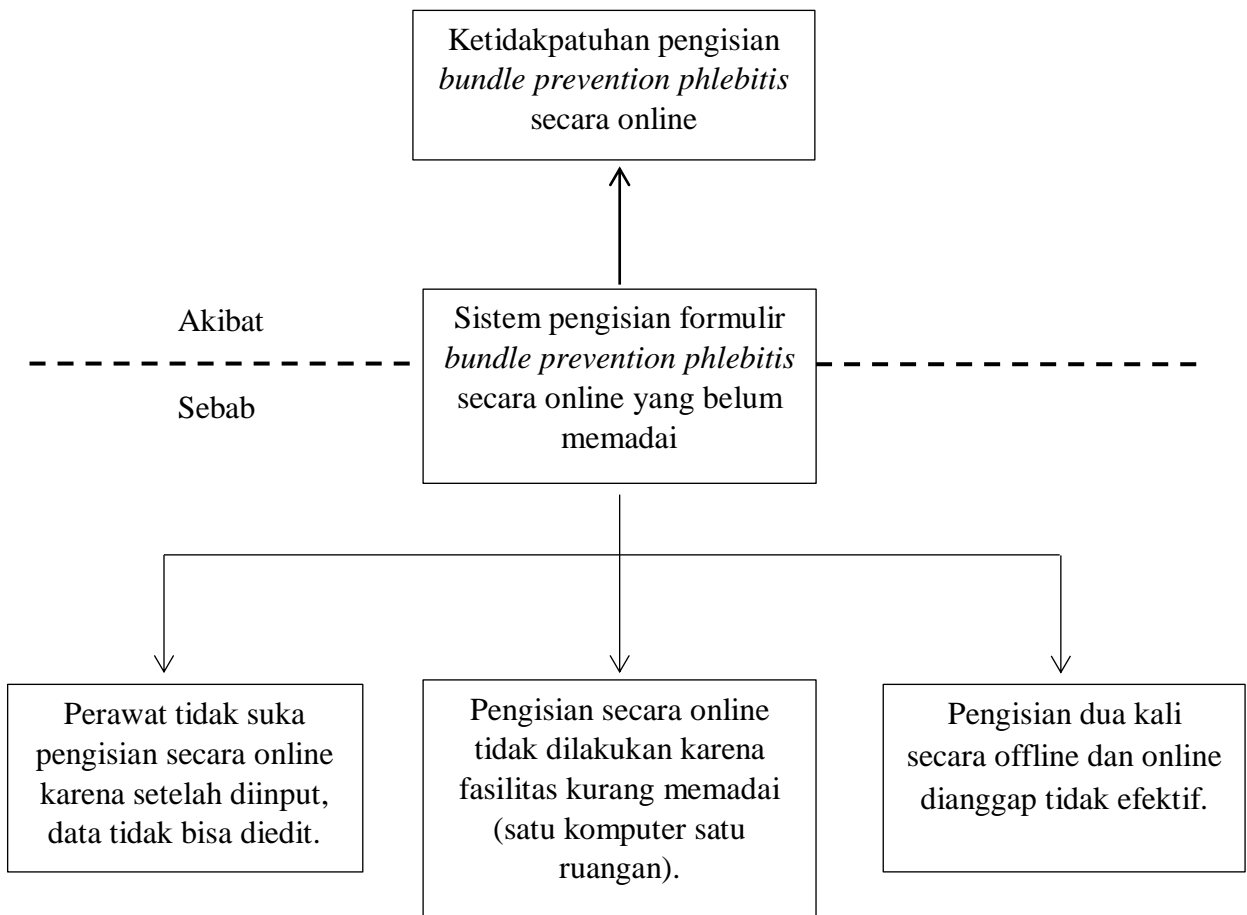
D = Sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online yang belum memadai

Berdasarkan tabel dapat diketahui bahwa urutan ranking prioritas dalam masalah surveilans *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya dengan menggunakan metode USG yang pertama yaitu sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online yang

belum memadai, kedua yaitu ketidakpatuhan perawat dalam mengisi formulir *bundle prevention phlebitis*, ketiga kurangnya pengawasan dari kepala ruangan dan IPCLN dalam pengisian formulir *bundle prevention phlebitis*, keempat yaitu sosialisasi tentang pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* belum optimal.

4.6 Penentuan Penyebab Masalah Pelaksanaan Surveilans *Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan prioritas masalah yang ditentukan dengan metode USG, maka dilakukan penentuan penyebab masalah menggunakan diagram *problem tree* untuk mengetahui penyebab masalah. Berikut ini merupakan hasil *problem tree* berdasarkan prioritas masalah dalam pelaksanaan Surveilans *Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya:



Gambar 4.9 Diagram *Problem Tree* Sistem Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* secara Online yang Belum Memadai

Melalui wawancara dengan IPCN di Komite PPI, IPCLN di ruang Paviliun 4, ICU, Shofa 3, Al-Aqsha 5, Marwah 4, dan kepala ruangan Shofa 4 didapatkan hasil bahwa sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online belum memadai

sehingga menyebabkan perawat tidak patuh dalam mengisi formulir *bundle prevention phlebitis* tersebut. Hal tersebut dikarenakan dalam sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online setelah data diinput, data tidak bisa diedit lagi sehingga perawat tidak menyukainya. Pengisian secara online tidak dilakukan oleh perawat karena fasilitas kurang memadai (satu komputer satu ruangan). Selain itu, pengisian dua kali secara offline dan online dianggap tidak efektif sehingga perawat enggan melakukannya.

4.7 Alternatif Solusi Pelaksanaan Surveilans *Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan hasil identifikasi penyebab masalah yang terjadi terkait dengan sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online yang belum memadai, maka alternatif solusi yang dapat ditawarkan adalah dengan membuat SPO pengisian *bundle prevention* melalui *Healthy Plus* dan memperbaiki sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online melalui *Healthy Plus*.

NO.	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN	TARGET
1.	Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention Phlebitis</i> secara Online melalui <i>Healthy Plus</i>	Membuat SPO pengisian <i>bundle prevention</i> melalui <i>Healthy Plus</i>	1. Menyusun SPO	Terbentuknya SPO pengisian <i>bundle prevention</i> melalui <i>Healthy Plus</i>
			2. Sosialisasi SPO kepada perawat	
			3. Melakukan monitoring dan evaluasi pelaksanaan SPO	
		Memperbaiki kekurangan dalam sistem <i>Healthy Plus</i>	Mengusulkan perbaikan kepada SIM RS (sehingga data <i>bundle prevention</i> yang sudah diinput bisa diedit lagi dan output data berupa analisis berdasarkan orang, tempat, waktu)	Perbaikan <i>Healthy Plus</i> sesuai dengan kendala
	Melakukan monitoring perbaikan			

Tabel 4.7 Alternatif Solusi Pelaksanaan Surveilans *Phlebitis* di RSUD Haji Surabaya

4.8 Kegiatan Magang di RSUD Haji Surabaya

Selama magang berlangsung, secara garis besar kegiatan yang dilakukan sebagai berikut.

1. Pembelajaran tentang Sistem Surveilans Komite PPI RSUD Haji Surabaya

Selama magang, mahasiswa belajar mengenai sistem surveilans RSUD Haji Surabaya, mulai dari jenis surveilans yang ada di RSUD Haji Surabaya, SPO pelaksanaan surveilans, hingga penggunaan data surveilans. Dalam kegiatan magang ini, sistem surveilans yang spesifik dipelajari adalah surveilans *phlebitis*. Hasil kegiatan magang ini dapat dilihat dalam lampiran 2 dan 3.

2. Partisipasi Kegiatan Supervisi IPCN

Kegiatan supervisi adalah kegiatan yang dilakukan oleh IPCN di setiap unit rumah sakit. Tujuan kegiatan ini adalah menginspeksi dan menilai pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian di RSUD Haji Surabaya sesuai dengan standar yang ditentukan oleh rumah sakit. Output dari kegiatan supervisi ini berupa laporan supervisor (IPCN) tentang hal-hal yang belum sesuai standar serta rekomendasi tindak lanjut.

3. Sosialisasi Sistem Surveilans Komite PPI RSUD Haji Surabaya

Kegiatan sosialisasi sistem adalah kegiatan menyebarkan informasi ke semua unit rumah sakit tentang usaha pencegahan dan pengendalian infeksi. Kegiatan yang biasa dilakukan adalah membuat media promosi kesehatan, seminar dalam pelatihan/orientasi yang diadakan rumah sakit, dan lain sebagainya.

4. Partisipasi Kegiatan Administrasi Komite PPI RSUD Haji Surabaya

Kegiatan administrasi adalah semua kegiatan yang berkaitan dengan rencana dan program strategi maupun operasional yang akan dilakukan Komite PPI dalam jangka waktu tertentu. Kegiatan yang biasa dilakukan yaitu membuat laporan tahunan, surat edaran, nota dinas, dan distribusi surat edaran. Bentuk kegiatan magang yang lebih rinci dapat dilihat di lampiran 1.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Angka kejadian *phlebitis* pada tahun 2019 adalah 4,16%, sehingga sesuai dengan standar mutu yang ditetapkan yaitu < 16%.
2. Kelengkapan pengisian formulir bundle prevention *phlebitis* di RSUD Haji Surabaya pada Januari 2020 sebesar 85,54%. Angka tersebut sudah memenuhi standar yang ditetapkan Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, dimana dalam keputusan menteri tersebut standar minimal untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAIs di rumah sakit yaitu minimal sebesar 75%.
3. Masalah dalam pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* adalah sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online yang belum memadai, ketidakpatuhan perawat dalam mengisi formulir *bundle prevention phlebitis*, kurangnya pengawasan dari kepala ruangan dan IPCLN dalam pengisian formulir *bundle prevention phlebitis*, dan sosialisasi tentang pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* belum optimal.
4. Akar masalah sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online yang belum memadai yaitu perawat tidak menyukai sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online karena dianggap tidak efektif dan fasilitas yang kurang memadai.

5.2 Saran

Berdasarkan hasil identifikasi penyebab masalah yang terjadi terkait dengan sistem pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara online yang belum memadai, maka alternatif solusi yang dapat ditawarkan yaitu:

1. Membuat SPO pengisian *bundle prevention* melalui *Healthy Plus*
2. Memperbaiki kekurangan dalam sistem *Healthy Plus*

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, M., Corrigan, A., Gorskin, L., Hankins, J., & Perucca, R. (2010). *Infusion nursing: An evidence based approach*. Missouri: Saunder Elsevier.
- Brunner, & Suddarth. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah Edisi 12*. Jakarta: EGC.
- Campbell, L. (1998a). IV-related *phlebitis*, Complications and length of hospital stay: 1. *British Journal of Nursing*, 7 (21), 1304–1312.
- Campbell, L. (1998b). IV-related *phlebitis*, Complications and length of hospital stay: 2. *British Journal of Nursing*, 7(22), 1364–1373.
- Dougherty, L. (2008). Peripheral cannulation. *Nursing standard*, 22 (52), 49-56.
- Fatmah. (2006). *Respon imunitas yang rendah pada tubuh manusia usia lanjut*. Makara kesehatan vol.10 no.1 Juni 2006:47-53.
- Foster, L., Wallis, M., Paterson, B., & James, H. (2002). A descriptive study of peripheral intravenous catheters in patients admitted to a pediatric unit in one Australian hospital. *Journal of Infusion Nursing*, 25 (3), 159–167.
- Ignatavius, DO., Workman, ML., & Winkelman, C. (2010). *Medical-Surgical Nursing. Patient-Centered Collaborative Care 7thedn*. Elsevier : Missouri.
- Infusion Nurses Society. (2006). Infusion Nursing Standards of Practice. *The Journal of Infusion Nursing*.
- Kemendes RI. (2008). *Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Kotler, Amstrong. (2001). *Prinsip-prinsip pemasaran*. Edisi kedua belas, Jilid 1. Jakarta: Erlangga.
- Lavery, I., & Ingram, P. (2008). Safe practice in intravenous medicines administration. *Nursing Standard*, 22 (46), 44–47. doi: 10.7748/ns 2008.07.22.46.44.c6600.
- Maki DG, Mermel LA. *Infections due to infusion therapy*. In: Bennett JV, Brachman PS, eds. Hospital Infections. 4th ed. Philadelphia, Pennsylvania: Lippincott-Raven Publishers; 1998:689–724.
- Phillips, LD., & Gorski, L. (2005). *Manual of IV Therapeutics 4thedn*. FA Davis Company : Philadelphia.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2005). *Buku saku ketrampilan dan prosedur dasar*. Edisi 5. Jakarta: EGC.

- Potter, P. A., & Perry, A. G. (2006). *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4 Vol 2*. Jakarta: EGC.
- Potter, P. A. & Perry, A. G. (2010). *Fundamental keperawatan buku 3 edisi 7*. Jakarta: Salemba Medika.
- Premji, R. (2007). *French Medical Institute for Children (FMIC): A study on incidences of phlebitis and causes in pediatric patients at FMIC, Afghanistan*.
- Riris, E., & Kuntarti. (2014). *Pengetahuan tentang terapi intravena berhubungan dengan perilaku perawat dalam pencegahan flebitis*. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 17 (3), 108–118. <http://dx.doi.org/10.7454/jki.v17i3.456>.
- Saini, R., Agnihotri, M., Gupta, A., & Walia, I (2011). *Epidemiology of infiltration and phlebitis*. *Nursing and Midwifery Research Journal*, 7(1). Diperoleh dari <http://medind.nic.in/nad/t11/i1/nadt11i1p22.pdf>.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2010). *Buku ajar medikal bedah volume 3*. Jakarta: ECG.

Lampiran 1**Lembar Catatan Kegiatan Magang dan Absensi Magang**

Nama Mahasiswa : Rizki Nur Azizah

NIM : 101611133106

Tempat Magang : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
6 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pembekalan dan Orientasi Magang di RSUD Haji 2. Mempelajari Struktur Organisasi Komite PPI 3. Mempelajari formulir <i>bundle prevention</i> kejadian HAIs 	
7 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Mempelajari program komite PPI 3. Mempelajari alur pelaporan surveilans HAIs dan <i>phlebitis</i> 4. Menentukan topik magang yaitu <i>phlebitis</i> 	
8 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Mencari literatur terkait <i>phlebitis</i> 3. Membuat grafik laporan kepatuhan <i>hand hygiene</i> 4. Mempelajari alur pencegahan dan pengendalian infeksi RSUD Haji Surabaya 5. Mempelajari SPO perawatan pada pasien yang terpasang kateter vena perifer (pencegahan <i>phlebitis</i> karena pemasangan kateter vena) 	
9 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Mempelajari cara mengisi formulir <i>bundle prevention phlebitis</i> 3. Mempelajari cara merekap kejadian <i>phlebitis</i> secara offline dan online 4. Observasi formulir <i>bundle prevention</i> ke ruang Marwah 3 	

10 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Senam pagi 2. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 3. Merekap lembar konfirmasi <i>phlebitis</i> Bulan Desember 	
Minggu ke-2		
13 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Merekap kejadian <i>phlebitis</i> di RSUD Haji Tahun 2019 3. Membuat grafik analisis risiko <i>phlebitis</i> tahun 2019 berdasarkan umur, jenis kelamin, ukuran kateter, jenis fiksasi, jenis cairan, dan penyebab <i>phlebitis</i> 	
14 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Membuat lembar konfirmasi kejadian <i>phlebitis</i> di Aplikasi Epi Enfo 	
15 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi formulir <i>bundle prevention</i> ke ruang Shofa 3, Pav 2, Pav 3, Pav 4, dan GNA 2 Anak. 3. Membuat lembar konfirmasi kejadian <i>phlebitis</i> di Aplikasi Epi Enfo 	
16 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi formulir <i>bundle prevention</i> ke ruang Al-Aqsha 4, Al-Aqsha 5, Al-Aqsha 6, ICU, ICCU, NICU, dan Jantung 	
17 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi formulir <i>bundle prevention</i> Marwah 3, Marwah 4, dan HD 3. Membuat laporan kejadian <i>phlebitis</i> RSUD Haji Surabaya tahun 2019 	
Minggu ke-3		
20 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Merekap evaluasi <i>bundle prevention phlebitis</i> 3. Merevisi formulir assessment pasang infus 	
21 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 	

	<ol style="list-style-type: none"> 2. Merekap evaluasi <i>bundle prevention phlebitis</i> 3. Membuat proposal pembentukan IV Team 4. Wawancara terkait pengisian <i>bundle prevention</i> di Pav 3 	
22 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Merekap evaluasi <i>bundle prevention phlebitis</i> 3. Menyelesaikan proposal pembentukan IV Team 4. Wawancara terkait pengisian <i>bundle prevention</i> di Shofa 4 5. Membantu mendistribusikan surat terkait Permohonan Penggandaan Formulir Steril ke Sub Bidang Perlengkapan 6. Membantu mendistribusikan surat terkait Permohonan Telaah SPO Penanganan KLB ke Direktur RSUD Haji Surabaya, Wadir Pelayanan Medik dan Keperawatan, Wadir Umum dan Keuangan, Bidang Pelayanan Medik, dan Bidang Keperawatan 7. Membantu mendistribusikan surat terkait Penyampaian Notulensi Hasil Diskusi Limbah ke Wadir Umum dan Keuangan 	
23 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Merekap evaluasi <i>bundle prevention phlebitis</i> 3. Wawancara terkait pengisian <i>bundle prevention</i> di Marwah 4 dan Al-Aqsha 5 	
24 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Wawancara terkait pengisian <i>bundle prevention</i> di ruangan ICU, Al-Aqsho 4, dan Shofa 3 3. Membantu mendistribusikan surat Usulan Perubahan SPO Pasang Kateter dan Usulan Perubahan Form Bundle & Assessment <i>Phlebitis</i> ke Komite Keperawatan 4. Membantu acara persiapan kenaikan jenjang karir 	

	PK3	
Minggu ke-4		
27 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Menganalisis hasil observasi checklist formulir <i>bundle prevention</i> pemasangan alat <i>intravena perifer</i> berdasarkan tempat 	
28 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Menganalisis hasil observasi checklist formulir <i>bundle prevention</i> pemasangan alat <i>intravena perifer</i> berdasarkan item pencegahan dan item gejala 	
29 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Supervisi oleh Dosen Pembimbing 3. Mengerjakan laporan hasil supervisi di area Laundry 4. Membantu mendistribusikan surat dan proposal terkait Pembentukan IV Team ke Komite Keperawatan dan Ketua Bidang Keperawatan 5. Membantu mendistribusikan surat terkait Rekomendasi General Cleaning dan Cultur Ruang OK ke Direktur RSU Haji Surabaya, Wadir Pelayanan Medik dan Keperawatan, dan Wadir Umum dan Keuangan 6. Membantu mendistribusikan surat terkait Penyampaian Notulensi Koordinasi tentang AirRO HD ke Wadir Pelayanan Medik dan Keperawatan, Wadir Umum dan Keuangan, Kepala Bagian Penunjang Medis, Kepala Instalasi Sanitasi, dan Kepala Instalasi HD 	
30 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari 	

	sebelumnya 2. Mengerjakan laporan hasil supervisi CSSD 3. Mengerjakan laporan magang	
31 Januari 2020	1. Senam pagi 2. Mengerjakan laporan magang	
Minggu ke-5		
3 Februari 2020	1. <i>Briefing</i> pagi 2. Menulis notulensi tentang kegiatan Kewaspadaan KLB n-Cov 3. Mengerjakan laporan magang	
4 Februari 2020	1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Mengerjakan laporan evaluasi pengisian form <i>bundle prevention phlebitis</i> di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	
5 Februari 2020	1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Membantu mempersiapkan berkas untuk akreditasi RSU Haji Surabaya 3. Mengerjakan laporan evaluasi pengisian form <i>bundle prevention phlebitis</i> di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	
6 Februari 2020	1. <i>Briefing</i> pagi dan evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Membantu mempersiapkan berkas untuk akreditasi RSU Haji Surabaya 3. Mengerjakan laporan evaluasi pengisian form <i>bundle prevention phlebitis</i> di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya 4. Mengerjakan laporan HAIs TW 4 RSU Haji Surabaya	
7 Februari 2020	1. Senam pagi 2. Membantu mempersiapkan berkas untuk akreditasi RSU Haji Surabaya 3. Mengerjakan laporan HAIs TW 4 RSU Haji Surabaya	

Lampiran 2



DRM. 16.a.1

Register:
Nomor:
Tgl. lahir/memat:
Alamat:
(Untuk diisi saat di tempel ke folder file folder pasien/jawab)

FORMULIR BUNDLE PREVENTION PHLEBITIS

Lokasi	Item Pencegahan perifer intravenus	Tanggal	Lokasi	Tanggal	Lokasi	Tanggal	Lokasi	Tanggal	Lokasi	Tanggal	Lokasi	Tanggal	Total (hari)
<input type="checkbox"/> Cephalika	Pasang		<input type="checkbox"/> Cephalika		<input type="checkbox"/> Cephalika		<input type="checkbox"/> Cephalika		<input type="checkbox"/> Cephalika		<input type="checkbox"/> Cephalika		
<input type="checkbox"/> Basitika	Ruang Pasang		<input type="checkbox"/> Basitika		<input type="checkbox"/> Basitika		<input type="checkbox"/> Basitika		<input type="checkbox"/> Basitika		<input type="checkbox"/> Basitika		
<input type="checkbox"/> Med-cubiti	Nama Pemasang		<input type="checkbox"/> Med-cubiti		<input type="checkbox"/> Med-cubiti		<input type="checkbox"/> Med-cubiti		<input type="checkbox"/> Med-cubiti		<input type="checkbox"/> Med-cubiti		
<input type="checkbox"/> Metacarpal	Lepas		<input type="checkbox"/> Metacarpal		<input type="checkbox"/> Metacarpal		<input type="checkbox"/> Metacarpal		<input type="checkbox"/> Metacarpal		<input type="checkbox"/> Metacarpal		
<input type="checkbox"/>	Masih ada alasan pemasangan		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Nomor IV Cath		Nomor IV Cath		Nomor IV Cath		Nomor IV Cath		Nomor IV Cath		Nomor IV Cath			
<input type="checkbox"/> 18F	Pemasangan dengan teknik aseptik	<input type="checkbox"/> 18F	Nomor IV Catheter sesuai lokasi	<input type="checkbox"/> 18F	<input type="checkbox"/> 22F	<input type="checkbox"/> 18F	<input type="checkbox"/> 22F	<input type="checkbox"/> 18F	<input type="checkbox"/> 22F	<input type="checkbox"/> 18F	<input type="checkbox"/> 22F	<input type="checkbox"/> 18F	<input type="checkbox"/> 22F
<input type="checkbox"/> 20F	Jenis catan yang dipasang sesuai lokasi pemasangan	<input type="checkbox"/> 20F		<input type="checkbox"/> 20F	<input type="checkbox"/> 24F	<input type="checkbox"/> 20F	<input type="checkbox"/> 24F	<input type="checkbox"/> 20F	<input type="checkbox"/> 24F	<input type="checkbox"/> 20F	<input type="checkbox"/> 24F	<input type="checkbox"/> 20F	<input type="checkbox"/> 24F
<input type="checkbox"/> 26F	Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan IV cath/infus	<input type="checkbox"/> 26F		<input type="checkbox"/> 26F		<input type="checkbox"/> 26F		<input type="checkbox"/> 26F		<input type="checkbox"/> 26F		<input type="checkbox"/> 26F	
	Tidak dilakukan re-palpasi setelah disinfeksi												
	Fiksasi dengan baik, benar, tidak basah												
	Menggunakan closed system pada saat terapi												
	Dilakukan disinfeksi sebelum injeksi melalui IV												
	Tidak ada bekuuan darah/clothing												
Jenis Cairan/Terapi	Score Pivas	Gejala pivas	Jenis Cairan/Terapi	Score Pivas	Gejala pivas	Jenis Cairan/Terapi	Score Pivas	Gejala pivas	Jenis Cairan/Terapi	Score Pivas	Gejala pivas	Jenis Cairan/Terapi	Score Pivas
<input type="checkbox"/> Isotonis	0	Tidak ada rasa sakit atau tanda tanda phlebitis	<input type="checkbox"/> Isotonis			<input type="checkbox"/> Isotonis			<input type="checkbox"/> Isotonis			<input type="checkbox"/> Isotonis	
<input type="checkbox"/> Hipertonis	1	Nyeri / kemerahan di sekitar pemasangan infus	<input type="checkbox"/> Hipertonis			<input type="checkbox"/> Hipertonis			<input type="checkbox"/> Hipertonis			<input type="checkbox"/> Hipertonis	
<input type="checkbox"/> Hipotonis	2	Nyeri, pembengkakan, kemerahan di sekitar vena pemasangan dan vena teraba	<input type="checkbox"/> Hipotonis			<input type="checkbox"/> Hipotonis			<input type="checkbox"/> Hipotonis			<input type="checkbox"/> Hipotonis	
<input type="checkbox"/> Analgesik	3	Nyeri sepanjang jalur katula, kemerahan, rasa kemas pada vena	<input type="checkbox"/> Analgesik			<input type="checkbox"/> Analgesik			<input type="checkbox"/> Analgesik			<input type="checkbox"/> Analgesik	
<input type="checkbox"/> Inotropik / vasodilator	4	Nyeri sepanjang jalur katula, kemerahan, rasa kemas sepanjang vena, vena dapat di raba	<input type="checkbox"/> Inotropik / vasodilator			<input type="checkbox"/> Inotropik / vasodilator			<input type="checkbox"/> Inotropik / vasodilator			<input type="checkbox"/> Inotropik / vasodilator	
<input type="checkbox"/> Antibiotika	5	Nyeri sepanjang jalur katula, kemerahan, rasa kemas pada vena disertai kakuannya katula. kemerahan, vena dapat diraba, Probea baru yang tidak dapat di jelaskan oleh penyebab lain	<input type="checkbox"/> Antibiotika			<input type="checkbox"/> Antibiotika			<input type="checkbox"/> Antibiotika			<input type="checkbox"/> Antibiotika	

Hasil pemeriksaan bila ditemukan Pivas ≥ 3 segera membuat incident report pivas (☐ Pulse)
 Isi kolom dengan tanda \checkmark bila ditemukan sesuai kriteria dan tanda 0 bila tidak ditemukan gejala pada kolom yang tersedia
 Bila ditemukan pivas ≥ 3 segera hubungi IV team pada unit yang bersangkutan
 Observasi harian diperlukan untuk mengetahui secara pasti hari ke berapa pasien mengalami phlebitis akibat pemasangan IV perifer dan berapa lama tiap pasien terpasang IV perifer
 Sebelum diserahkan tiap awal bulan, harap kolom total hari pemasangan dihitung atau dilengkapi. Total hari pemasangan menjadi denominator penghitungan akhir.
 Kolom keterangan dapat diisi informasi penting.
 Formula penghitungan angka kejadian phlebitis dengan score ≥ 3
 $\frac{\text{jumlah pasien dengan pivas score } \geq 3}{\text{jumlah hari pemasangan IV cath}} \times 1000$
 Form/DISE/PP/RS/2013 - 02, 12-Ag-2019

Dibuat oleh,
IPLN
Mengetahui,
Kepala Ruangan

[.....]
Ttd & Nama Terang

[.....]
Ttd & Nama Terang

Lampiran 3



RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA
KOMITE PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFEKSI
 Jalan Manyar Kertoadi Telp. (031) 5924000 Fax. (031) 5947890 Surabaya 60117

CEKLIST SURVEI PELAYANAN PASIEN TERPASANG INTRAVENA PERIFER
(Bundle Prevention Phlebitis)

RUANG :
 BULAN :

NO	NAMA PASIEN	REGISTER	USIA	LAMA TERPASANG ALAT	KAMAR	ITEM PENCEGAHAN							GEJALA PHLEBITIS					PLEBITIS		RTL				
						1	2	3	4	5	6	7	0	1	2	3	4	5	YA		TIDAK			
1.																								
2.																								
3.																								
4.																								
5.																								
6.																								
7.																								
8.																								
9.																								
10.																								

Item Pencegahan Phlebitis :

1. Nomor IV Chateter sesuai lokasi
2. Jenis cairan yang dipasang sesuai lokasi pemasangan
3. Metode fiksasi benar
4. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan IV cath/infus
5. Penutup IV cath kering dan tidak mengelupas
6. Tidak terjadi Cloting
7. Close system

Item Gejala Plebitis :

- 0 : Tidak ada rasa sakit atau tanda-tanda phlebitis
- 1 : Nyeri/Kemerahan disekitar penusukan infus
- 2 : Nyeri, pembengkakan, kemerahan disekitar vena penusukan dan vena teraba
- 3 : Nyeri sepanjang jalur kanula, kemerahan, rasa keras pada vena
- 4 : Nyeri sepanjang jalur kanula, kemerahan, rasa keras sepanjang vena, vena dapat diraba
- 5 : Nyeri sepanjang jalur kanula, kemerahan, rasa keras pada vena disertai keluarnya cairan bernanah, vena dapat diraba, pireksia baru yang tidak dapat dijelaskan oleh penyebab lain

Surabaya,

Mengetahui,
 Kepala Ruangan

(.....)

IPCN

(.....)

Lampiran 4

Panduan Wawancara

Pengisian Formulir *Bundle Prevention Phlebitis* di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

1. Siapa saja yang melakukan pengisian formulir *bundle prevention phlebitis*?
2. Apakah pengisian formulir *bundle prevention phlebitis* secara *offline* dan *online* sudah dilakukan secara rutin? Jika belum, kenapa?
3. Apa saja kendala dalam pengisian formulir *bundle prevention phlebitis*?
4. Jika ada item dalam formulir *bundle prevention phlebitis* tidak diisi, apa alasannya?

Lampiran 5

**LEMBAR KEHADIRAN MAHASISWA MAGANG
S1 KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
2020**

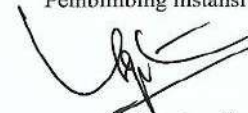
Tempat Magang : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

NIM	Nama	Tanggal												
		6/1	7/1	8/1	9/1	10/1	13/1	14/1	15/1	16/1	17/1	20/1	21/1	22/1
101611133070	Dewi Putri Sandrawati	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133106	Rizki Nur Azizah	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133118	Ainun Azizah R.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133127	Dinda Rizka Safitri	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP

NIM	Nama	Tanggal											
		23/1	24/1	27/1	28/1	29/1	30/1	31/1	3/2	4/2	5/2	6/2	7/2
101611133070	Dewi Putri Sandrawati	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133106	Rizki Nur Azizah	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133118	Ainun Azizah R.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133127	Dinda Rizka Safitri	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP

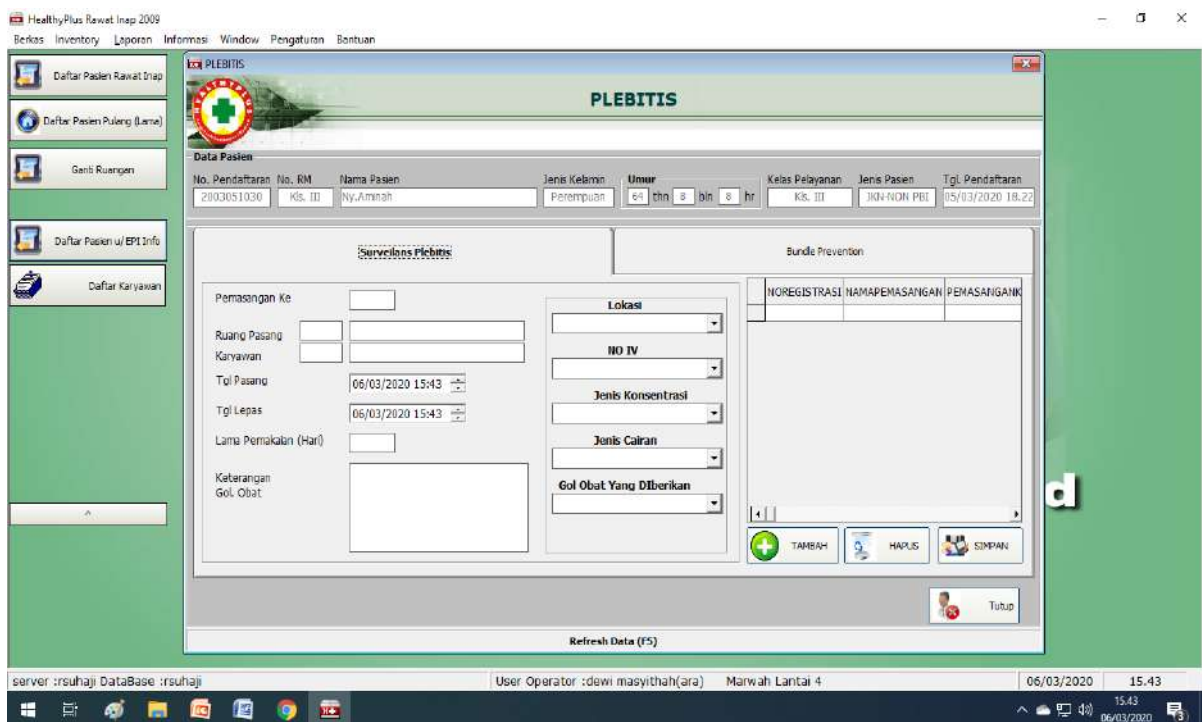
Surabaya, 7 Februari 2020

Pembimbing instansi


Dwiono Mudjianto, Ns., M. Ed.
NIP 19700418193021001

Lampiran 6

Tampilan Aplikasi *Healthy Plus*



HealthPlus Rawat Inap 2009
 Berkas Inventory Laporan Informasi Window Pengaturan Bantuan

PLEBITIS

Data Pasien

No. Pendaftaran	No. RM	Nama Pasien	Jenis Kelamin	Umur	Kelas Pelayanan	Jenis Pasien	Tgl. Pendaftaran
2003051030	Kls. III	Ny. Aminah	Perempuan	54 thn 8 bln 8 hr	Kls. III	JKH-NON PBI	05/03/2020 18.23

Survelans Plebitis		Bundle Prevention					
Pemasangan ke	No Bundle	NOREGISTRASI	TGLPASANG	TGL_SURVEILANS	NOBUNDLE	PEMASANGANKE	KDPEMASAN
Tgl Survelans	05/03/2020 15:43						

SIMPAN
TAMBAH
HAPUS

ITEM	GEJALA PLEBITIS	Score
Masih ada alasan pemasangan	Tidak ada rasa sakit atau tanda-tanda Phlebitis	0
Pemasangan Sesuai Prosedur : Hand Hygiene	Nyeri / kemerahan disekitar penusukan infus	1
Tidak dilakukan re- pabasi setelah disinfeksi	Nyerit, pembekakan, kemerahan disekitar vena penusukan dan vena teraba	2
Fiksasi dg baik, bersih, tidak basah	Nyeri sepanjang jalur kanula, kemerahan, rasa keras pada vena	3
menggunakan closed sistem pada saat terapi IVL	Nyeri sepanjang jalur kanula, kemerahan, rasa keras sepanjang vena, vena dapat diraba	4
Dilakukan disinfeksi sebelum injeksi melalui IVL	Nyeri sepanjang jalur kanula, kemerahan, rasa keras pada vena disertai keulainya cairan bermanah, vena dapat diraba	5
Tidak ada bekuan darah/clothing	Periksa baru yg tidak dapat dijelaskan oleh penyebab lain	
Total Score		

Tutup

Refresh Data (F5)

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
RUMAH SAKIT UMUM HAJI
SURABAYA**

**GAMBARAN PENGISIAN ITEM FORMULIR *BUNDLE PREVENTION*
CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTION (CAUTI)
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA BULAN JANUARI 2020**



Oleh :

AINUN AZIZAH RAMDHANI

NIM. 101611133118

DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA

2020

LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA

Disusun oleh:

AINUN AZIZAH RAMDHANI

NIM. 101611133118

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen

Tanggal 3 Maret 2020

Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes.

NIP. 196902101994032002

Pembimbing Lapangan RSU Haji Surabaya,

Tanggal 3 Maret 2020

Dwiono Mudjiyanto, S.Kep., Ns., M.Epid

NIP. 197004181993021001

Mengetahui

Ketua Departemen Epidemiologi,

Tanggal 3 Maret 2020

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes.

NIP. 196811021998022001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas kasih sayangNya laporan pelaksanaan magang ini dapat tersusun. Laporan pelaksanaan magang yang berjudul “GAMBARAN PENGISIAN ITEM FORMULIR *BUNDLE PREVENTION CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTION (CAUTI)* DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA BULAN JANUARI 2020” ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akademis di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga.

Laporan ini akan membahas salah satu kegiatan di Komite Pengendalian dan Pencegahan Infeksi, yakni surveilans infeksi nosokomial/ HAIs (*Hospital-associated Infections*) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Pada laporan kegiatan magang ini, yang menjadi objek adalah pengisian formulir *bundle prevention Catheter Urinary Tract Infection (CAUTI)* atau infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter.

Laporan ini tidak akan berhasil disusun tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Tri. Martiana, dr., M.S. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Erni Astutik, S.KM, M. Epid selaku penanggungjawab magang Departemen Epidemiologi
4. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing kelompok magang kami
5. Endang Prabawati, dr. M.Kes. selaku Direktur Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
6. Dr. Bambang Arianto, dr., Sp.B selaku Ketua Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
7. Arief Wijaya Roesli, dr., Sp. A. selaku Ketua Tim Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
8. Dwiono Mudjiyanto, S.Kep., Ns., M. Epid. selaku pembimbing lapangan magang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
9. Sulistyorini, S.Kep., Ns. selaku pembimbing lapangan magang Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

10. Whenny Irdiana, S.KM. selaku staf Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
11. Seluruh Kepala Ruangan, IPCLN, perawat di ruang perawatan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang telah membantu selama kegiatan magang
12. Teman-teman FKM yang khususnya magang di RSUD Haji Surabaya atas kerja-sama dan bantuannya selama ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan magang ini bermanfaat bagi kami maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 3 Maret 2020

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
DAFTAR LAMPIRAN	viii
DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN	xi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan	4
1.3 Manfaat.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Infeksi Nosokomial atau <i>Hospital Associated Infections</i>	6
2.2 <i>Catheter-Associated Urinary Tract-Infections</i>	8
2.3 Teknik Penentuan Prioritas Masalah USG.....	9
2.4 <i>Problem Tree Diagram</i>	10
BAB III METODE	11
3.1 Lokasi Pelaksanaan Magang	11
3.2 Waktu Pelaksanaan Magang	11
3.3 Metode Pelaksanaan Magang	12
3.4 Teknik Pengumpulan Data	12
3.5 <i>Output</i> Kegiatan	13
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	14
4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Haji Surabaya	14
4.2 Gambaran Umum Surveilans CAUTI di RSU Haji Surabaya...	19
4.3 Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSU Haji Surabaya Januari 2020..	22
4.4 Masalah dalam Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI di RSU Haji Surabaya	29
4.5 Penentuan Prioritas Masalah	30
4.6 Penentuan Penyebab Masalah	31
4.7 Alternatif Solusi untuk Tindak Lanjut Masalah.....	34
4.8 Kegiatan Magang di RSU Haji	35
BAB V PENUTUP	37
5.1 Kesimpulan	37
5.2 Saran	37
DAFTAR PUSTAKA	38
LAMPIRAN	39

DAFTAR GAMBAR

Nomor	Judul Gambar	Halaman
1.1	Tren Angka Kejadian HAIs RSUD Haji Surabaya 2016-2019.....	3
4.1	Alur Kegiatan Surveilans Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Haji Surabaya.....	15
4.2	Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Haji Surabaya.....	17
4.3	Sistem Surveilans CAUTI RSUD Haji Surabaya.....	19
4.3.1	Komponen Proses Sistem Surveilans CAUTI RSUD Haji Surabaya.....	20
4.4	Karakteristik Pasien Terpasang Kateter dan Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Usia	23
4.5	Karakteristik Pasien Terpasang Kateter dan Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Jenis Kelamin	24
4.6	Karakteristik Pasien Terpasang Kateter dan Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Tempat	26
4.7	Karakteristik Pasien Terpasang Kateter dan Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Waktu	27
4.8	Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI per Item RSUD Haji Surabaya Januari 2020.....	29
4.9	<i>Problem Tree Diagram</i> untuk Masalah Kurangnya Kepatuhan Perawat dalam Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI.....	32

DAFTAR TABEL

Nomor	Judul Tabel	Halaman
1.1	Laporan Kejadian HAIs RSUD Haji Surabaya 2019.....	3
3.1	Linimasa Kegiatan Magang RSUD Haji Surabaya.....	11
4.1	Komponen Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI.....	18
4.2.1	Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Usia Pasien Terpasang Kateter.....	22
4.2.2	Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Terpasang Kateter.....	23
4.3	Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Tempat	25
4.4	Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Waktu	26
4.5	Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Item	28
4.6	Prioritas Masalah dengan Metode USG.....	30
4.7	Alternatif Solusi untuk Setiap Akar Masalah.....	34

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor	Judul Lampiran	Halaman
Lampiran 1	Lembar Catatan Kegiatan Magang.....	39
Lampiran 2	Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI.....	42
Lampiran 3	Checklist Survei Pelayanan Pasien Terpasang Kateter Urin.....	43
Lampiran 4	Formulir Konfirmasi CAUTI.....	44
Lampiran 5	Pelaksanaan Surveilans HAIs CAUTI Menggunakan Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI.....	45
Lampiran 6	Panduan Wawancara Survei Kelengkapan Pengisian Formulir <i>Bundle Prevention</i> CAUTI.....	48
Lampiran 7	Lembar Kehadiran Magang	49

DAFTAR ARTI LAMBANG DAN SINGKATAN

Daftar Arti Lambang

\leq	= Kurang dari sama dengan
\geq	= Lebih dari sama dengan
$<$	= Kurang dari
$>$	= Lebih dari
/	= per; atau
–	= sampai dengan

Daftar Singkatan

HAI	= <i>Healthcare Associated Infections</i>
CAUTI	= <i>Catheter Associated Urinary Tract Infection</i>
WHO	= <i>World Health Organization</i>
CDC	= <i>Center of Disease Control and Prevention</i>
SPO	= Standar Prosedur Operasional
KPPI	= Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
PPI	= Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
KEPMENKES	= Keputusan Menteri Kesehatan
SPM	= Standar Pelayanan Minimal
PERMENKES	= Peraturan Menteri Kesehatan
RI	= Republik Indonesia
UU	= Undang-Undang
RSU	= Rumah Sakit Umum
IPCO	= <i>Infection Prevention Control Officer</i>
IPCN	= <i>Infection Prevention and Control Nurse</i>
IPCLN	= <i>Infection Prevention and Control Link Nurse</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Magang merupakan kegiatan mandiri mahasiswa yang dilaksanakan di luar lingkungan kampus khususnya di lembaga institusi untuk mendapatkan pengalaman kerja praktis yang sesuai dengan bidang peminatannya melalui metode observasi dan partisipasi. Kegiatan magang dilaksanakan sesuai dengan formasi struktural dan fungsional pada instansi tempat magang baik pada lembaga pemerintah, swasta, maupun lembaga swadaya masyarakat/lembaga non pemerintah. Magang bagi mahasiswa FKM diharapkan dapat memberi bekal mengenai pengalaman dan keterampilan kerja praktis serta penyesuaian sikap di dunia kerja sebelum mahasiswa berkecimpung di dunia kerja nyata di institusi kesehatan, sehingga para lulusan FKM memiliki kemampuan yang bersifat akademik dan profesional.

Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 mendefinisikan rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan karakteristik tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus tetap mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Sebagai sistem yang menyelenggarakan pelayanan, rumah sakit tentu harus memenuhi beberapa aturan dan standar untuk menjaga mutu pelayanan yang diberikan

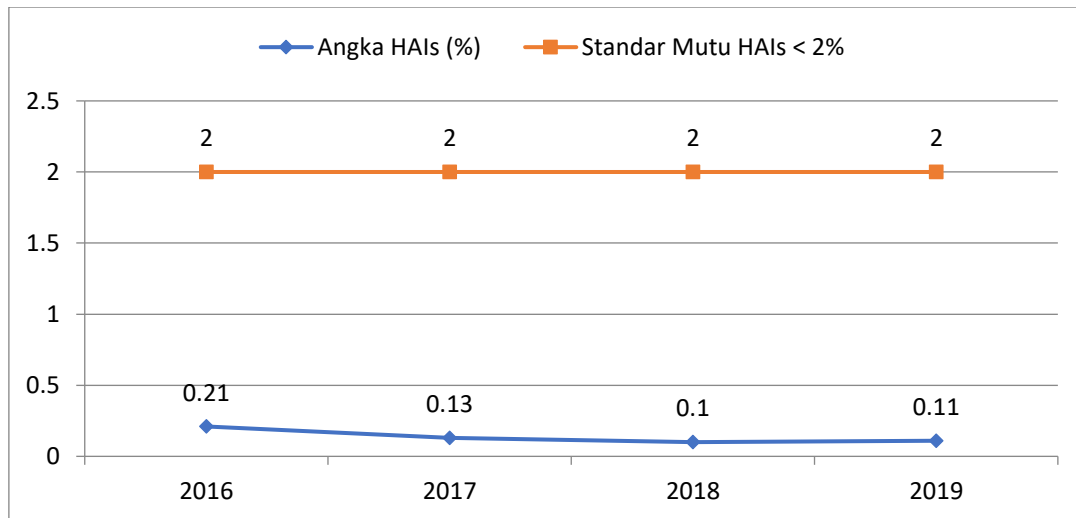
Salah satu standar pelayanan yang harus dipenuhi rumah sakit adalah pencegahan dan pengendalian infeksi. Penyakit infeksi yang didapat di rumah sakit disebut sebagai infeksi nosokomial, saat ini penyebutan diubah menjadi Infeksi Terkait Layanan Kesehatan atau “*HAIs*” (*Healthcare-Associated Infections*). *HAIs* dapat didefinisikan sebagai infeksi yang didapat di rumah sakit oleh pasien yang dirawat karena alasan selain infeksi tersebut. Infeksi yang terjadi pada pasien di rumah sakit atau fasilitas perawatan kesehatan lain di mana infeksi itu tidak hadir atau diinkubasi pada saat masuk. Selain *HAIs* juga termasuk infeksi yang didapat di rumah sakit tetapi muncul manifestasi klinisnya setelah pulang, dan juga infeksi akibat kerja di fasilitas kesehatan (WHO, 2002). Prevalensi *HAIs* di negara maju bervariasi antara 3,5% dan 12%. Pusat Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Eropa melaporkan prevalensi rata-rata

7,1% di negara-negara Eropa. Perkiraan tingkat kejadian HAIs di Amerika Serikat adalah 4,5% pada tahun 2002 dan 1,7 juta pasien yang terkena dampak. Sedangkan pada negara berkembang, prevalensi HAIs bervariasi antara 5,7% dan 19,1% (WHO, 2010). *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) mengklasifikasikan HAIs menjadi 4 berdasarkan jenis infeksi yang terdiri atas *Catheter-Associated Urinary Tract Infection* (CAUTI) atau infeksi saluran kemih (ISK) akibat pemasangan kateter urin., *Surgical Site Infection* (SSI) atau Infeksi Daerah Operasi (IDO), *Ventilator-Associated Pneumonia* (VAP) atau pneumonia akibat pemasangan ventilator, dan *Blood Stream Infection* (BSI) atau infeksi aliran darah (CDC, 2017).

Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2017 tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di Fasilitas Pelayanan Kesehatan menyebutkan bahwa setiap fasilitas pelayanan kesehatan harus melaksanakan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). PPI adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada suatu kelompok. Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit menyebutkan standar minimal terjadinya HAIs adalah $\leq 1,5\%$. Angka kejadian HAIs ini dijadikan sebagai salah satu tolak ukur mutu pelayanan di rumah sakit. Oleh karena itu dalam kegiatan pengendalian dan pencegahan infeksi rumah sakit perlu ada surveilans guna mencatat dan melaporkan kejadian infeksi rumah sakit secara kontinyu.

Rumah Sakit Umum (RSU) Haji Surabaya adalah salah satu rumah sakit yang terletak di Kota Surabaya, Jawa Timur. Rumah sakit ini milik pemerintah provinsi Jawa Timur. Sebagai penyedia pelayanan kesehatan bagi masyarakat, RSU Haji Surabaya tentu juga harus memenuhi standar pelayanan yang ditetapkan pemerintah untuk menjaga mutu pelayanan, khususnya dalam kegiatan pengendalian dan pencegahan infeksi (PPI). Salah satu kegiatan PPI yang dilakukan RSU Haji Surabaya yaitu surveilans HAIs.

Seperti halnya rumah sakit lainnya, surveilans HAIs RSU Haji Surabaya berupaya meminimalkan atau mencegah terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung dan masyarakat sekitar rumah sakit. Standar yang ditetapkan RSU Haji dalam angka kejadian HAIs sebesar 2% per tahun, dimana sedikit lebih tinggi dari standar yang ditetapkan dalam Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit. Angka kejadian HAIs di RSU Haji Surabaya cenderung menurun setiap tahunnya, kecuali di tahun 2019, dimana terjadi kenaikan dari 0,1% di tahun 2018 menjadi 0,11% di tahun 2019. Tren angka kejadian HAIs di RSU Haji Surabaya dapat dilihat dari grafik berikut ini.



Gambar 1.1 Tren Angka Kejadian HAIs RSUD Haji Surabaya

Salah satu HAIs yang sering terjadi adalah *catheter-associated urinary tract infection* (CAUTI) atau infeksi saluran kemih akibat pemasangan kateter). Menurut *Center for Disease Control and Prevention* (CDC) (2015), pada fasilitas kesehatan seperti rumah sakit sekitar 75% infeksi saluran kemih berhubungan dengan pemasangan kateter urin. Selain itu berdasarkan tabel 1.1 tentang laporan angka kejadian HAIs di tahun 2019 RSUD Haji mencatat kejadian CAUTI di urutan kedua tertinggi di antara kejadian HAIs lainnya, tercatat ada 4 kejadian CAUTI dalam setahun. Maka untuk mencegah lonjakan kejadian CAUTI lebih lanjut, diperlukan usaha untuk mengendalikannya melalui program surveilans CAUTI. Salah satu kegiatan surveilans CAUTI tersebut adalah penerapan *bundle prevention*.

Tabel 1.1 Laporan Angka Kejadian HAIs Berdasarkan Jenis Infeksi di RSUD Haji Surabaya Tahun 2019

No.	Jenis Infeksi	Σ Kejadian	Σ pasien yang terpasang alat	%	Σ hari pasang alat	%
1.	IADP/BSI	0	133	0.00	665	0.00
2.	ISK/CAUTI	4	2567	0.16	8571	0.47
3.	VAP	0	107	0.00	371	0.00
4.	IDO	16	3045	0.53	-	-

Bundle prevention merupakan salah satu indikator surveilans dari segi pengumpulan data. Formulir *bundle prevention* mencakup data, informasi, dan berkaitan erat dengan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap peningkatan kejadian HAIs seperti tanggal pemasangan alat, ruang pemasangan, jenis alat, lama pemasangan alat, item pencegahan, dan identifikasi gejala

infeksi. Fungsi *bundle prevention* yaitu untuk mengidentifikasi faktor risiko penyebab kejadian HAIs.

Formulir *bundle prevention* digunakan untuk mengidentifikasi dan monitoring setiap kejadian HAIs di RSUD Haji Surabaya. Pengisian formulir *bundle prevention* dilakukan oleh setiap perawat yang ada di ruang perawatan sebagai salah satu tugas administrasi perawat. Namun dalam pelaksanaannya, kelengkapan formulir *bundle prevention* ini masih belum mencapai target dan harapan. Banyak di antara para perawat yang masih enggan melakukan pengisian formulir *bundle prevention* yang menyebabkan kelengkapan data surveilans tidak memenuhi standar yang ditetapkan dalam Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008, yaitu sebesar 75%, dan kelengkapan data surveilans yang rendah akan berpotensi dalam meningkatnya kejadian HAIs dan menurunnya mutu rumah sakit. Oleh karena itu perlu adanya evaluasi dalam pengisian formulir *bundle prevention* ini, khususnya pada pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI.

1.2 Tujuan

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis kegiatan surveilans epidemiologi infeksi saluran urin yang berhubungan dengan kateter (*Catheter-associated Urinary Tract Infection, CAUTI*).

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari struktur organisasi dan prosedur kerja dalam pelaksanaan surveillans sesuai tempat magang
2. Mempelajari sistem surveillans yang diterapkan di tempat magang mulai proses pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, serta data output yang dihasilkan
3. Mengidentifikasi masalah kesehatan di instansi setempat, membuat prioritas masalah kesehatan dan mencari alternative pemecahan masalah (*problem solving*) tentang kesehatan

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa

1. Menambah wawasan, keterampilan, dan pengalaman di bidang kesehatan terutama yang berkaitan dengan kegiatan surveilans HAIs
2. Sebagai wadah untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapatkan selama perkuliahan dan magang khususnya yang berkenaan dengan surveilans HAIs

3. Menambah pengalaman dan gambaran kondisi dunia kerja secara nyata di RSUD Haji Surabaya

1.3.2 Manfaat bagi RSUD Haji

1. Mendapatkan umpan balik dan interaksi positif antara mahasiswa dan RSUD Haji Surabaya
2. Memberi saran, masukan, dan/atau rekomendasi kepada instansi dari mahasiswa magang sebagai perbaikan RSUD Haji Surabaya
3. Adanya kerjasama antara perguruan tinggi dengan RSUD Haji Surabaya

1.3.3 Manfaat bagi Perguruan Tinggi

1. Menambah referensi bagi perguruan tinggi khususnya yang berkaitan dengan surveilans HAIs
2. Adanya kerjasama antara perguruan tinggi dan RSUD Haji Surabaya.
3. Terealisasinya tujuan kegiatan magang akademik mahasiswa sehingga dapat meningkatkan kualitas dalam pengalaman kerja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Infeksi Nosokomial atau *Hospital-associated Infections* (HAIs)

Infeksi nosokomial, atau dapat dikenal sebagai *hospital-acquired infections* (HAIs, infeksi yang berhubungan dengan rumah sakit) adalah infeksi yang terjadi di rumah sakit atau fasilitas layanan kesehatan lainnya yang muncul 48 jam atau lebih setelah seseorang masuk rumah sakit atau dalam 30 hari setelah seseorang menjalani perawatan di fasilitas layanan kesehatan. Infeksi tersebut tidak berhubungan dengan penyakit yang didiagnosis pada seseorang saat mereka masuk rumah sakit, selain itu infeksi tersebut juga belum ada atau tidak dalam masa inkubasi saat seseorang masuk rumah sakit (Revelas, 2012).

HAIs menambah disabilitas fungsional dan stres pada pasien. Dalam beberapa kasus, HAIs menyebabkan disabilitas yang berimbas pada menurunnya kualitas hidup. Infeksi nosokomial juga salah satu infeksi yang menyebabkan kematian (Ponce-de-Leon, 1991). Beban ekonomi akibat HAIs pun turut bertambah. HAIs menambah ketidakseimbangan antara alokasi sumber daya untuk perawatan kesehatan dengan meningkatnya penggunaan obat-obatan, kebutuhan untuk isolasi, dan penggunaan laboratorium tambahan dan studi diagnostik lainnya yang berkontribusi terhadap biaya (Graves, 2004). HAIs berpotensi menimbulkan wabah di masyarakat. Organisme yang menyebabkan infeksi nosokomial dapat ditularkan ke masyarakat melalui pasien yang pulang, staf, dan pengunjung. Jika organisme resisten, organisme tersebut dapat menyebabkan penyakit yang signifikan di masyarakat (WHO, 2002).

Ada berapa faktor yang mempengaruhi berkembangnya HAIs (WHO, 2002), yaitu:

1. *Microbial agents* (faktor Mikrobiologi)

Selama masa perawatan di rumah sakit, pasien rentan terhadap berbagai mikroorganisme. Namun tidak semata adanya kontak antara pasien dengan mikroorganisme dapat memunculkan manifestasi klinis penyakit. Faktor lainnya turut berkontribusi terhadap manifestasi klinis penyakit akibat mikroba ini, seperti karakteristik mikroba, kemampuan invasi dan replikasi, tingkat virulensi, dan kemampuan merusak jaringan. Transmisi penularan infeksi di antaranya bisa melalui *cross infection*, *endogenous infection*, *environmental infection*.

2. *Patient susceptibility* (kerentanan pasien)

Faktor-faktor penting yang mempengaruhi masuknya infeksi dalam tubuh pasien di antaranya usia, status imun, penyakit yang mendasari, intervensi diagnostik dan terapeutik. Pada bayi atau orang tua, mereka cenderung tidak kebal

terhadap infeksi karena status imun yang lemah. Pasien-pasien dengan penyakit kronis seperti tumor ganas, leukemia, diabetes mellitus, gagal ginjal, atau AIDS rentan terhadap infeksi dengan patogen oportunistik. Infeksi pun bisa terjadi akibat flora mikroba alami pada manusia ketika sistem imun orang tersebut terganggu. Obat immunosupresan atau radiasi dapat menurunkan kekebalan tubuh terhadap infeksi. Orang dengan malnutrisi juga berisiko terinfeksi. Selain itu, prosedur diagnostik dan terapeutik modern, seperti biopsi, endoskopi, kateterisasi, intubasi, dan prosedur bedah, meningkatkan risiko infeksi karena bisa jadi alat yang dimasukkan dalam prosedur tersebut terkontaminasi.

3. *Environmental factors* (faktor lingkungan)

Rumah sakit dan layanan kesehatan lainnya adalah lingkungan di mana orang yang terinfeksi dan orang yang berisiko tinggi terinfeksi berkumpul. Pasien dengan infeksi atau pembawa mikroorganisme patogen yang dirawat di rumah sakit merupakan sumber infeksi yang potensial untuk pasien lainnya dan para petugas kesehatan. Kondisi ramai di rumah sakit, pemindahan pasien yang sering dari satu unit ke unit lain, dan konsentrasi pasien yang sangat rentan terhadap infeksi di satu area, semuanya berkontribusi pada pengembangan infeksi nosokomial. Flora mikroba dapat mencemari benda, alat, dan bahan yang selanjutnya bersarang di tubuh pasien yang rentan.

4. *Bacterial resistance* (resistensi bakteri)

Banyak pasien menerima obat antimikroba. Melalui seleksi dan pertukaran unsur-unsur resistensi genetik, antibiotik mendorong munculnya bakteri multi-resistan; mikroorganisme pada flora normal manusia yang peka terhadap obat yang diberikan ditekan, sementara strain yang resisten bertahan dan dapat menjadi endemik di rumah sakit. Penggunaan luas antimikroba untuk terapi atau profilaksis (termasuk topikal) adalah penentu utama resistensi. Agen antimikroba, dalam beberapa kasus, menjadi kurang efektif karena resistensi. Seiring agen antimikroba menjadi banyak digunakan, bakteri yang kebal terhadap obat ini akhirnya muncul dan dapat menyebar dalam pengaturan perawatan kesehatan.

2.2 *Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI)*

Urinary Tract Infection (infeksi saluran kemih, UTI/ISK) termasuk jenis HAIs yang paling umum. Angka UTI mencapai hingga 40% dari semua HAIs. Sebagian besar melibatkan perangkat drainase kemih, seperti kateter kandung kemih. Risiko pasien terpasang kateter

memiliki bakteriuria meningkat seiring dengan lamanya durasi kateterisasi, angka risiko hariannya mencapai 5%, sehingga dalam 4 minggu hampir 100% pasien yang terpasang kateter terdeteksi mengandung bakteriuria dalam urinnya. Satu hingga empat persen pasien dengan bakteriuria akan mengalami infeksi klinis yang signifikan, misalnya, kista, pyelonefritis, dan sepsitemia (WHO, 2018).

Dalam keadaan normal, mikroflora uretra yang cenderung bermigrasi ke kandung kemih, namun sistem tubuh akan secara otomatis membuangnya ketika tubuh mengeluarkan urin. Ketika kateter dimasukkan, mekanisme pembuangan ini tidak ada dan mikroflora dari perineum dan uretra dapat naik ke kandung kemih di lapisan cairan antara bagian luar kateter dan mukosa uretra atau dalam urin di lumen kateter. Karena itu, terbentuknya koloni bakteri di dalam kandung kemih tidak dapat dihindari jika kateter dibiarkan dalam waktu lama (WHO, 2018).

Berdasarkan lokasi anatominya, CAUTI dibagi menjadi dua kelompok yaitu CAUTI atas (pielonefritis) dan CAUTI bawah (cistitis, prostatitis, epididimitis, dan uretritis). Adapun tanda dan gejala CAUTI (Smeltzer & Bare, 2009), yaitu:

1. Gejala CAUTI bawah

Dysuria, nokturia, atau nyeri suprapubis, frekuensi berkemih meningkat, dan hematuria

2. Gejala CAUTI atas

Demam, menggigil, penurunan berat badan, sakit kepala, mual dan muntah, lemah sesuai dengan keluhan spesifik dari nyeri di daerah panggul, punggung bawah, dan abdomen.

Diagnosis CAUTI diputuskan dengan adanya tanda dan gejala di atas didukung dengan temuan bakteri dalam kultur urin $\geq 10^5$ CFU/ml urin.

Faktor risiko paling dominan yang dapat menyebabkan CAUTI adalah durasi penggunaan kateter. Sekitar 95% infeksi saluran kemih yang terjadi di ruang perawatan intensif berhubungan dengan pemasangan kateter urin. Bakteriuria yang memicu CAUTI berkembang pesat rata-rata setiap hari 3% hingga 10% per hari kateterisasi. Hampir 26% pasien yang terpasang kateter selama 10 hari hingga 1 bulan memicu perkembangan bakteriuria. Perempuan berisiko lebih besar berkembang bakteriuria daripada laki-laki sebab kolonisasi bakteri dalam area perineum perempuan lebih besar sehingga risiko terkena CAUTI juga meningkat sejalan dengan itu. Faktor lainnya yang diidentifikasi memicu CAUTI adalah parahnya penyakit utama yang diderita pasien, seperti diabetes mellitus atau penyakit yang melemahkan sistem kekebalan tubuh, dan usia pasien di atas 50 tahun (Chenoweth, 2013).

2.3 Teknik Penentuan Prioritas Masalah USG (*Urgency, Seriousness, Growth*)

Penentuan prioritas masalah merupakan dari proses perencanaan program. Penentuan prioritas membantu identifikasi masalah yang perlu diatasi terlebih dahulu karena sumber daya yang terbatas. Pengaturan prioritas dalam pelayanan kesehatan adalah suatu proses menentukan tugas yang diperlukan berdasarkan klaim atas kebutuhan dan tuntutan dalam permasalahan kesehatan (Chalkidou et al., 2016).

Salah satu metode dalam penentuan prioritas adalah *Urgency, Seriousness, Growth* (USG). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan No. 44 Tahun 2016 dalam penentuan prioritas penanganan kesehatan dapat menggunakan metode USG. Metode USG adalah suatu metode untuk menyusun urutan prioritas masalah berdasarkan tiga kriteria dengan menentukan skala nilai 1 – 5 atau 1 – 10 tergantung dengan keperluan dari penggunaannya. Tiga kriteria tersebut yaitu:

1. *Urgency*

Seberapa mendesak isu tersebut harus dibahas dikaitkan dengan waktu yang tersedia dan seberapa keras tekanan waktu tersebut untuk memecahkan masalah yang menyebabkan isu tadi.

2. *Seriousness*

Seberapa serius isu tersebut perlu dibahas dikaitkan dengan akibat yang timbul dengan penundaan pemecahan masalah yang menimbulkan isu tersebut atau akibat yang menimbulkan masalah lain kalau masalah penyebab isu tidak dipecahkan.

3. *Growth*

Seberapa kemungkinannya isu tersebut menjadi berkembang atau berkelanjutan yang dikaitkan kemungkinan masalah penyebab isu akan makin memburuk apabila dibiarkan.

2.4 *Problem Tree Diagram*

Penentuan akar masalah untuk memerinci suatu masalah dan mencari penyebab utama dari suatu masalah. Salah satu teknik yang sering digunakan untuk menentukan akar masalah adalah teknik *Problem Tree Diagram* atau Diagram Pohon Masalah. Alat analisis ini dapat mengilustrasikan korelasi antara masalah, penyebab masalah, akibat dari masalah dalam suatu hirarki faktor yang berhubungan, serta merencanakan kegiatan intervensi yang dibutuhkan. *Tree diagram* merupakan suatu alat yang dapat diadaptasi untuk berbagai maksud (Andrássyová et al., 2013), diantaranya:

1. Mengembangkan langkah logis untuk mencapai hasil yang spesifik

2. Melakukan analisis *five whys* dalam mengeksplorasi penyebab
3. Mengkomunikasikan untuk mendorong keterlibatan dalam pengembangan hasil yang didukung bersama
4. Menggali pada level yang lebih rinci suatu alur proses.
5. Menggambarkan secara grafik suatu perkembangan hirarkis, seperti silsilah atau skema klasifikasi.

BAB III**METODE KEGIATAN MAGANG****3.1 Lokasi Pelaksanaan Magang**

Kegiatan magang dilakukan pada lokasi berikut :

Nama instansi : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Alamat instansi : Jalan Manyar Kertoadi, Klampis Ngasem, Kec. Sukolilo, Kota SBY,
Jawa Timur

Kode pos : 60116

Nomor Telepon : (031) 5924000

3.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Magang dilaksanakan pada tanggal 6 Januari 2020 hingga 6 Februari 2020. Adapun waktu magang adalah setiap hari Senin-Jumat. Lama waktu magang setiap hari adalah 8 jam terhitung sejak pukul 07.00 WIB-15.30 WIB, kecuali pada hari Jumat yaitu pukul 06.00-15.30 WIB.

Tabel 3.1 Linimasa Kegiatan Magang RSU Haji Surabaya

No.	Jenis Kegiatan	Januari				Februari			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV
1.	Orientasi lingkungan kerja RSU Haji Surabaya	■							
2.	Mempelajari struktur organisasi RSU Haji Surabaya								
3.	Orientasi Komite PPI dan materi yang akan dipelajari selama magang								
4.	Penyusunan rencana kegiatan magang								
5.	Penyusunan instrumen wawancara								
6.	Pengumpulan data primer dan sekunder		■						
7.	Mengolah dan menganalisis data			■					
8.	Menyusun laporan magang				■				
9.	Seminar laporan						■		

3.3 Metode Pelaksanaan Magang

Metode pelaksanaan magang yang dilakukan adalah melalui partisipasi dan observasi terhadap kegiatan pencatatan kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI yang dijalankan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Partisipasi berupa pencatatan kelengkapan pengisian dilakukan dengan melihat formulir *bundle prevention* CAUTI pada rekam medis pasien yang terpasang kateter di setiap ruangan pada bulan Januari 2020, membantu menyelesaikan urusan administrasi serta laporan Komite PPI RSU Haji 2019, dan turut terlibat dalam kegiatan yang diadakan Komite PPI. Observasi berupa mengamati kegiatan input data surveilans ke sistem rumah sakit.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam menyusun laporan ini adalah dengan dua jenis data, yakni:

1. Data Primer

Data primer didapatkan melalui kegiatan wawancara mendalam. Wawancara mendalam (*indepth interview*) merupakan kegiatan tanya jawab yang dilakukan tatap muka dan lisan untuk memperoleh informasi secara langsung berkaitan dengan kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI pada pasien terpasang kateter. Adapun dalam melakukan wawancara, terdapat panduan/pedoman yang sifatnya tidak terstruktur sehingga dapat dikembangkan sendiri saat wawancara berlangsung. Wawancara mendalam dilakukan dengan perawat ruangan, *infection prevention and controlling link nurse* (IPCLN), dan kepala ruangan.

2. Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dengan melakukan studi dokumen formulir *bundle prevention* CAUTI pada rekam medis pasien yang terpasang kateter selama bulan Januari 2020. Dari studi dokumen formulir *bundle prevention* CAUTI ini, dilakukan pencatatan kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI ini menggunakan lembar *checklist* pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI yang biasa digunakan *infection prevention and controlling nurse* (IPCN) Komite PPI untuk melakukan supervisi pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI di setiap ruangan.

3.5 Output Kegiatan

Output atau keluaran dari kegiatan yang didapat adalah peserta magang dapat mengetahui program dan kegiatan apa saja yang dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Selain itu, peserta magang juga dapat berpartisipasi langsung dalam pelaksanaan kegiatan/program dan menemukan permasalahan untuk diteliti lebih lanjut guna menghasilkan rekomendasi perbaikan.

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Haji Surabaya

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Haji Surabaya dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Komite PPI sebelumnya bernama Sub Komite Dalin yang berada di bawah Komite Medik. Sejak diterbitkan SK Direktur RSUD Haji Surabaya pada tahun 2010, Sub Komite Dalin resmi berganti nama menjadi Komite PPI yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD Haji Surabaya.

4.1.1. Tujuan Komite PPI RSUD Haji Surabaya

1) Tujuan Umum

Meningkatkan mutu layanan rumah sakit melalui pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

2) Tujuan Khusus

1. Sebagai pedoman bagi petugas rumah sakit dalam membentuk organisasi, menyusun dan melaksanakan, tugas pokok dan fungsi, wewenang, dan tanggung jawab yang berorientasi dalam upaya pencegahan dan pengendalian kejadian infeksi untuk melindungi keselamatan tenaga kesehatan, pasien, penunjang, dan lingkungan rumah sakit.
2. Menggerakkan segala sumber daya yang ada di rumah sakit secara efektif dan efisien dalam pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
3. Mencegah dan menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit secara bermakna.

4.1.2. Visi dan Misi Komite PPI RSUD Haji Surabaya

1. Visi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Mengupayakan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang dapat mencegah dan menurunkan angka kejadian infeksi.

2. Misi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

- a. Menyelenggarakan pencegahan infeksi
- b. Menyelenggarakan pengendalian infeksi
- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- d. Menyelenggarakan pemeliharaan fisik dan sarana

- e. Menyelenggarakan surveilans kejadian HAIs (*healthcare associated infections*) Monitoring penerapan kebijakan PPI

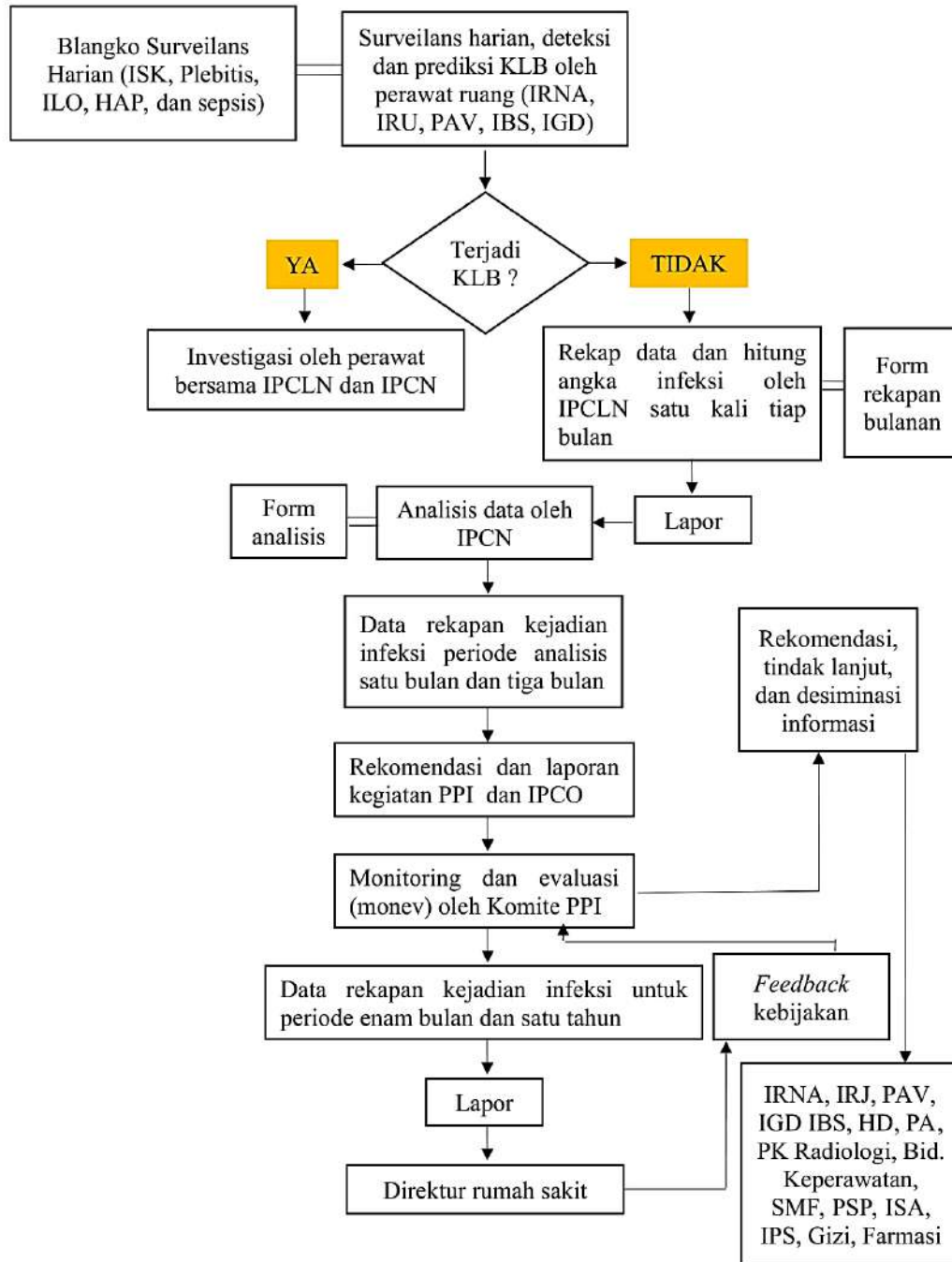
4.1.3. Program PPI di RSUD Haji Surabaya

Berikut ini beberapa program unit pencegahan dan pengendalian (PPI):

1. Surveilans HAIs (*Healthcare Associated Infections*)
 - a. Surveilans Blood Stream Infections (BSI)
 - b. Surveilans Chateter Associated Infections (CAUTI)
 - c. Surveilans Ventilator Associated Infection (VAP)
 - d. Surveilans Surgical Site Infections (SSI)
2. Kewaspadaan Isolasi
 - 1) Kewaspadaan Standar
 - a. Monitoring pelaksanaan penempatan pasien
 - b. Melaksanakan program penyuntikan yang aman dan prinsip pemberian terapi IV
 - c. Melaksanakan program etika batuk
 - d. Menyelenggarakan monitoring kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
 - e. Menyelenggarakan pengendalian lingkungan
 - f. Melaksanakan monitoring sterilisasi di RS
 - g. Menyelenggarakan kesehatan karyawan
 - h. Melaksanakan monitoring *hand hygiene*
 - i. Menyelenggarakan pengelolaan linen
 - j. Menyelenggarakan pengelolaan limbah
 - k. Menyelenggarakan sanitasi makanan
 - 2) Kewaspadaan berdasarkan transmisi
 - a. Kewaspadaan transmisi kontak
 - b. Kewaspadaan transmisi droplet
 - c. Kewaspadaan transmisi *airborne*
3. Pencegahan Infeksi
 - a. Penerapan *Bundle Prevention Blood Stream Infection* (BSI)
 - b. Penerapan *Bundle Prevention Chateter Associated Urinary Tract Infection* (CAUTI)
 - c. Penerapan *Bundle Prevention Ventilator Associated Infection* (VAP)
 - d. Penerapan *Bundle Prevention Surgical Site Infection* (SSI)

4. Diklat (Pelatihan dan Pendidikan)
5. Penggunaan Antibiotik Rasional

4.1.4. Alur Kegiatan Surveilans di Komite PPI RSU Haji Surabaya



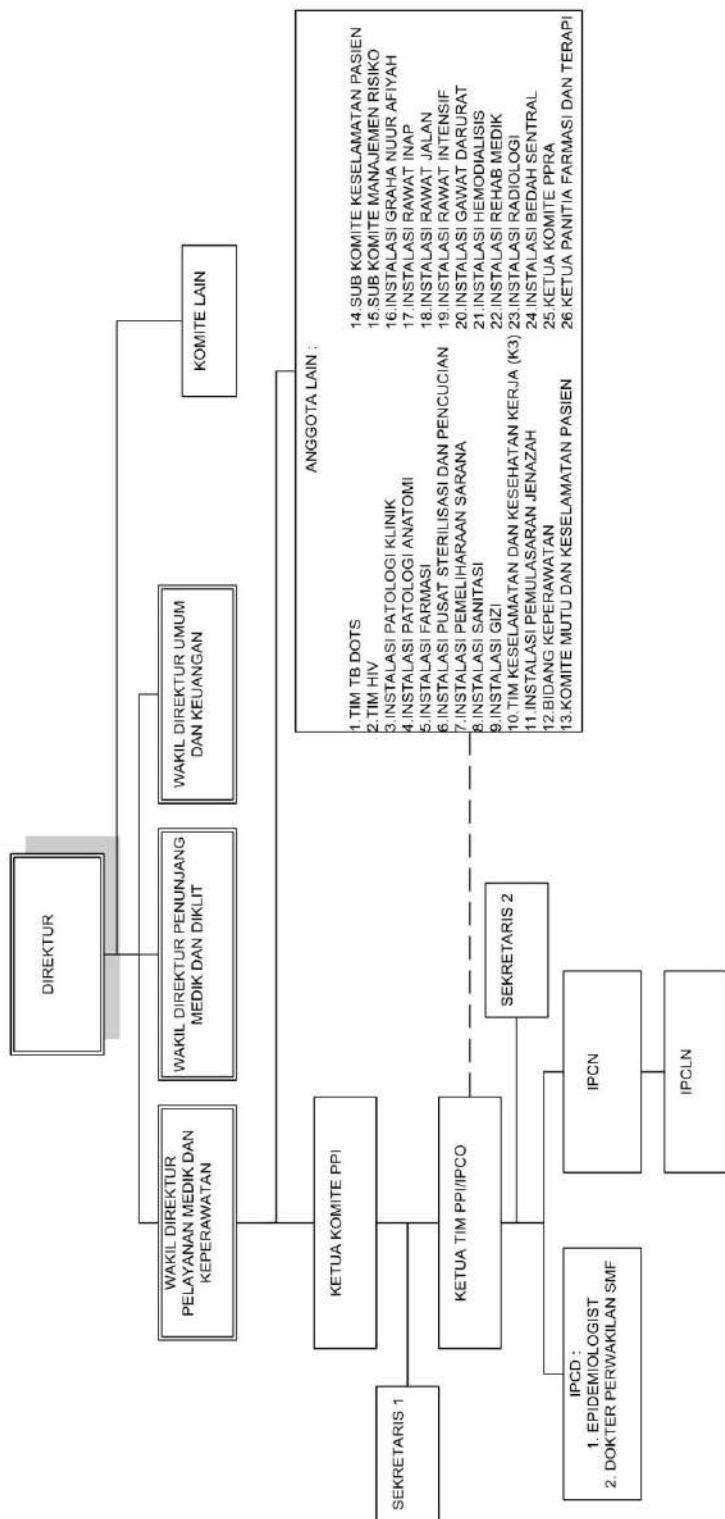
Gambar 4.1 Alur Kegiatan Surveilans Komite PPI RSU Haji Surabaya

4.1.5. Sasaran Program Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Haji Surabaya

Seluruh komunitas RSUD Haji Surabaya yang terdiri dari pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan

4.1.6. Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

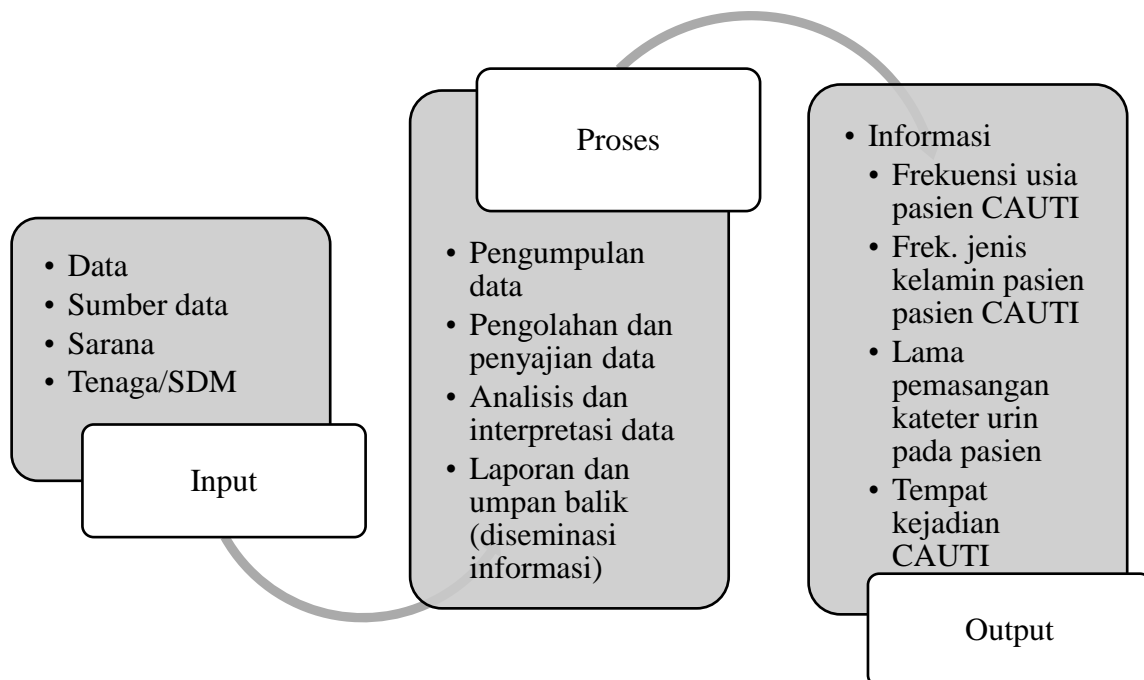
Berdasarkan SK Direktur RSUD Haji Surabaya No. 445 Tahun 2011 tentang Restrukturisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSUD Haji Surabaya ditetapkan struktur organisasi Komite PPI RSUD Haji Surabaya yang ditunjukkan oleh bagan sebagai berikut.



Gambar 4.2 Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

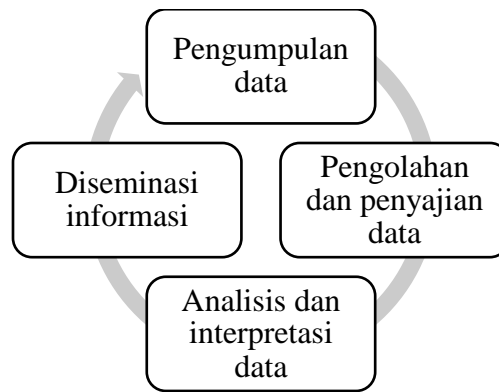
4.2 Sistem Surveilans CAUTI di RSUD Haji Surabaya

Surveilans CAUTI di RSUD Haji Surabaya merupakan salah satu bentuk kegiatan dalam pencegahan dan pengendalian infeksi akibat pemasangan kateter. Surveilans CAUTI ini meliputi 4 komponen yaitu pengumpulan data, pengolahan dan penyajian data, analisis dan interpretasi data, serta diseminasi informasi. Pelaksanaan surveilans CAUTI ini melibatkan *infection prevention and controlling organization (IPCO)*, *infection prevention and controlling nurse (IPCN)*, *infection prevention and controlling link nurse (IPCLN)*, Kepala Ruangan, dan dokter yang merawat pasien. Kegiatan surveilans berfungsi untuk memantau kejadian CAUTI secara kontinyu. Sistem surveilans CAUTI di RSUD Haji terdiri dari input, proses, dan output, dimana setiap komponennya memiliki beberapa item. Sistem surveilans CAUTI di RSUD Haji Surabaya beserta item-itemnya digambarkan sebagai berikut.



Gambar 4.3 Sistem surveilans CAUTI di RSUD Haji Surabaya

Komponen proses dalam sistem surveilans CAUTI di RSUD Haji Surabaya ini memiliki beberapa item yang dilakukan. Hal ini ditunjukkan dalam gambar berikut ini.



Gambar 4.3.1 Komponen Proses Sistem surveilans CAUTI di RSUD Haji Surabaya

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data dapat dilakukan baik secara aktif yaitu menggunakan data primer maupun secara pasif dengan menggunakan data sekunder. Data yang dikumpulkan berupa data mengenai angka kejadian yang berkaitan dengan HAIs. Sumber data surveilans dapat berasal dari rekam medik catatan perawatan, catatan hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi), farmasi, dan pasien atau keluarga pasien. Data yang dikumpulkan berisi tentang informasi sebagai berikut:

- 1) Informasi orang, meliputi nama, umur, jenis kelamin, nomor registrasi
- 2) Informasi tempat, meliputi ruang unit dan bangsal.
- 3) Data infeksi, meliputi pencegahan infeksi yang dilakukan, gejala, hasil pemeriksaan laboratorium,

Adapun instrumen pengumpulan data surveilans CAUTI ini menggunakan formulir *bundle prevention* CAUTI yang terdapat pada rekam medis pasien yang terpasang alat kateter. Formulir *bundle prevention* CAUTI terdiri dari beberapa komponen berikut ini.

Tabel 4.1 Komponen Formulir *Bundle Prevention* CAUTI

No.	Komponen	Keterangan
1.	Register	Nomor registrasi pasien saat masuk rumah sakit
2.	Nama	Nama pasien yang terpasang kateter
3.	Tanggal lahir/ Umur	Tanggal lahir pasien dan umur pasien saat dipasang kateter
4.	Alamat	Tempat tinggal/ asal pasien
5.	Ruang pemasangan	Ruangan rumah sakit yang memasang kateter pada pasien
6.	Tanggal pasang	Tanggal pemasangan kateter pada pasien
7.	Tanggal lepas	Tanggal pelepasan kateter dari pasien
8.	Jenis dan ukuran kateter	Jenis dan ukuran kateter yang digunakan pasien
9.	Item Pencegahan CAUTI	Hal-hal yang harus dilakukan dan dipantau perawat untuk pasien yang terpasang kateter
10.	Gejala CAUTI	Gejala-gejala infeksi yang muncul pada pasien yang terpasang kateter

Pengisian formulir *bundle prevention* dilakukan oleh perawat dan IPCLN setiap ruangan. Pasien yang terpasang kateter dipantau setiap hari untuk melihat adanya gejala infeksi. Jika terjadi infeksi atau kecurigaan terjadi infeksi, perawat dan IPCLN melapor ke Kepala Ruangan dan IPCN dan jika diperlukan laporan dilanjutkan pada IPCO atau dokter yang bertugas untuk pasien tersebut untuk kemudian menindaklanjuti kejadian infeksi CAUTI. Setelah itu perawat mengisi lembar konfirmasi CAUTI sebagai dokumen validasi kejadian CAUTI. Sedangkan untuk pasien terpasang kateter yang tidak mengalami infeksi dilakukan pendokumentasian melalui formulir *bundle prevention*, setelah terisi selama 1 bulan formulir tersebut akan direkapitulasi bersama formulir lainnya untuk dijadikan laporan.

b. Pengolahan dan penyajian data

Pengolahan data dilakukan untuk memberikan informasi yang berguna bagi upaya pengendalian HAIs. Selain itu dapat digunakan untuk konsolidasi dan validasi data. Dalam proses pengolahan data dikelompokkan berdasarkan variabel epidemiologi, yaitu:

- 1) Orang, meliputi jenis kelamin, umur, status kekebalan, perkawinan, pekerjaan, sosial ekonomi, dan lingkungan.
- 2) Tempat, meliputi tempat yang dihuni pasien hingga menimbulkan penyakit.
- 3) Waktu, menunjukkan kejadian penyakit menurut waktu, jam, hari, untuk memperkirakan sumber penyakit dengan melihat masa inkubasi penyakit, perkiraan terjadinya KLB, serta melihat penurunan kasus.

Penyajian data dilakukan untuk memperlihatkan pola dan tren kejadian CAUTI serta memudahkan analisis dan interpretasi data. Data dapat disajikan dalam tabel, grafik garis, diagram batang, diagram pie, dan sebagainya.

c. Analisis dan interpretasi data

Analisis data dilakukan untuk mendapatkan informasi mengenai masalah CAUTI untuk penanggulangan dan investigasi lebih lanjut. Data yang dianalisis kemudian diinterpretasikan untuk menetapkan kejadian CAUTI menjadi masalah atau tidak.

d. Diseminasi informasi

Hasil analisis dan data disebarluaskan sebagai laporan kepada *stakeholder* sebagai dasar dalam menentukan kebijakan berkaitan dengan pencegahan dan pengendalian CAUTI. Laporan disampaikan kepada seluruh tim PPI, direktur rumah sakit, dan seluruh staf rumah sakit.

4.3 Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020

Salah satu komponen sistem surveilans CAUTI di RSUD Haji Surabaya adalah pengumpulan data yang dilakukan melalui pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI oleh perawat ruangan dan IPCLN. Komponen pengumpulan data ini tentu harus berjalan dengan baik agar sistem surveilans CAUTI di RSUD Haji Surabaya berjalan dengan baik pula. Maka dari itu diperlukan penelusuran data kelengkapan formulir *bundle prevention* CAUTI yang ada pada rekam medis pasien yang terpasang kateter. Pada laporan magang ini, penelusuran kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI dilakukan pada pasien yang terpasang kateter selama bulan Januari 2020. Standar kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI didasarkan pada Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit sebagai standar nasional, dimana pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI dikatakan tidak Lengkap (TL) jika skor <75% dan dikatakan lengkap (L) jika skor \geq 75%.

4.3.1 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020

4.3.1.1 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Orang

Hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI berdasarkan orang dilakukan dengan menggolongkan pasien yang terpasang kateter berdasarkan karakteristik usia dan jenis kelamin.

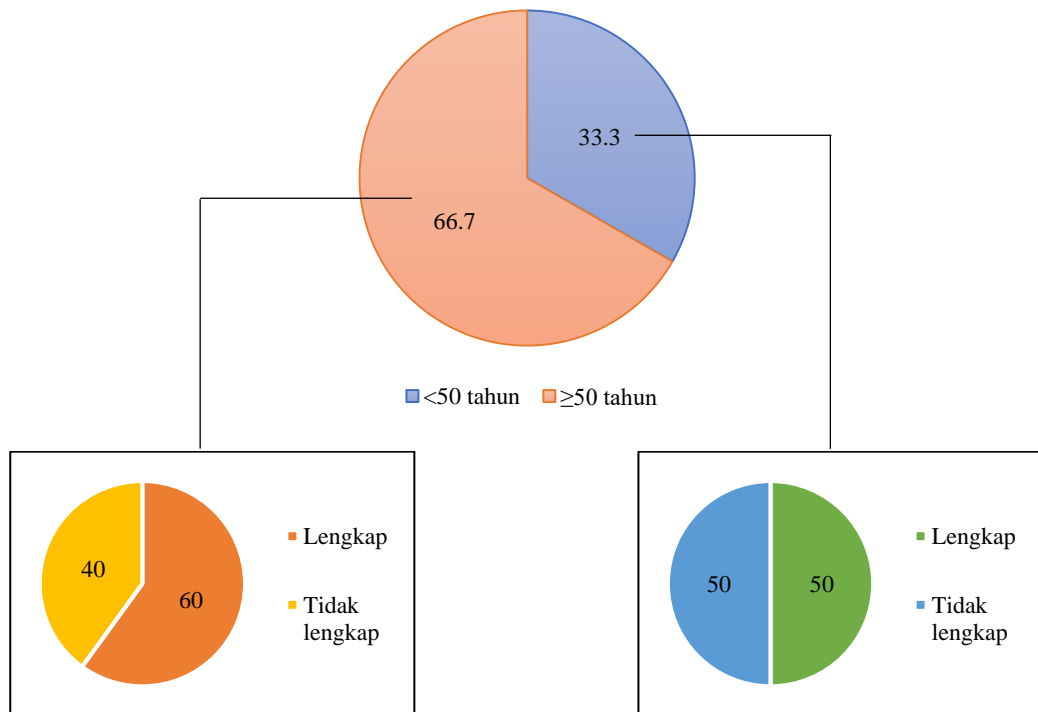
a) Usia

Pasien yang berusia lebih dari sama dengan 50 tahun, lebih berisiko terkena CAUTI (Chenoweth, 2013). Maka dari itu usia 50 tahun menjadi patokan dalam penggolongan pasien terpasang kateter menurut usianya.

Tabel 4.2.1 Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Usia Pasien Terpasang Kateter

Usia	Kelengkapan Pengisian				Total	
	Lengkap		Tidak Lengkap			
	n	%	n	%	n	%
<50 tahun	5	50,0 16,7	5	50,0 16,6	10	100,0 33,3
\geq 50 tahun	12	60,0 40,0	8	40,0 26,7	20	100,0 66,7
Total	17	56,7	13	43,3	30	100,0

Dari 30 pasien yang terpasang kateter, 66,7% (20 pasien) berada dalam kelompok usia ≥ 50 tahun, sisanya (33,3%, 10 pasien) berada dalam kelompok usia < 50 tahun. Berdasarkan tabel 4.2.1, dapat dilihat bahwa pasien yang berusia ≥ 50 tahun memiliki lebih banyak formulir *bundle prevention* CAUTI yang terisi lengkap. Sedangkan pada pasien yang berusia < 50 tahun memiliki jumlah yang sama antara formulir *bundle prevention* CAUTI yang terisi lengkap dengan formulir yang tidak terisi lengkap. Namun jika dinilai berdasarkan proporsi kelengkapan pengisian *bundle prevention* CAUTI, pasien dengan kelompok usia ≥ 50 tahun memiliki proporsi kelengkapan lebih tinggi (60%) daripada pasien dengan kelompok usia < 50 tahun (40%). Hal ini ditunjukkan dalam gambar 4.4.



Gambar 4.4 Karakteristik Pasien Terpasang Kateter dan Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Usia

b) Jenis Kelamin

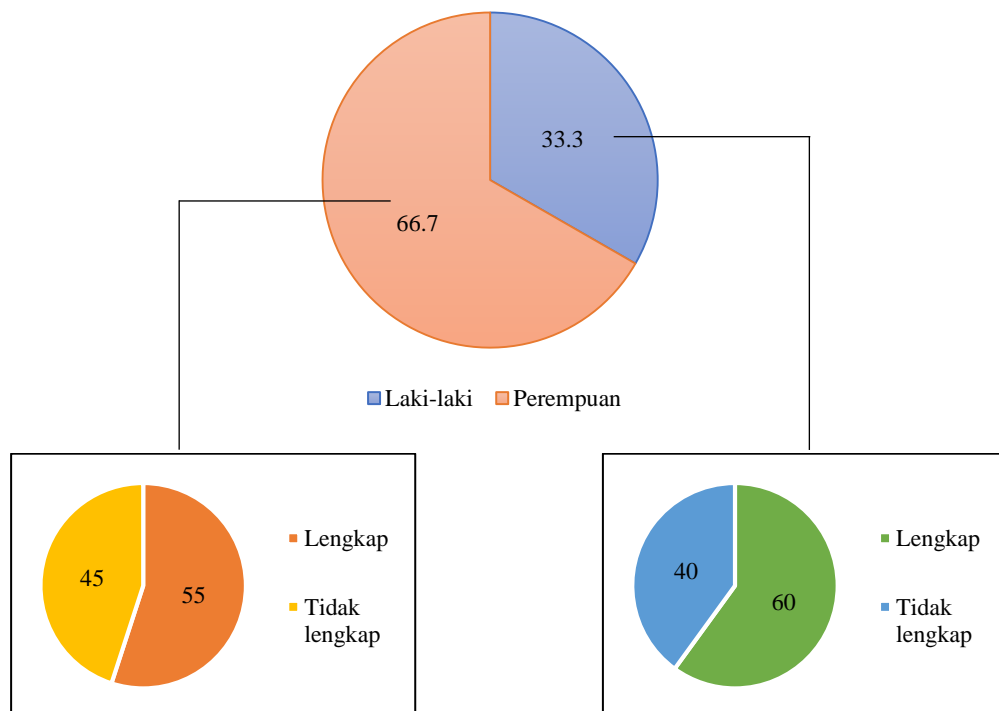
Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat dalam tabel 4.2.2.

Tabel 4.2.2 Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Jenis Kelamin Pasien Terpasang Kateter

Jenis Kelamin	Kelengkapan				Total	
	Lengkap		Tidak Lengkap			
	n	%	n	%	n	%
Laki-laki	6	60,0	4	40,0	10	100,0
Perempuan	11	55,0	9	45,0	20	100,0

		36,7		30,0		66,7
Total	17	56,7	13	43,3	30	100,0

Dari 30 pasien yang terpasang kateter sebanyak 66,7% (20 pasien) adalah perempuan, dimana perempuan merupakan kelompok yang berisiko terkena CAUTI (Chenoweth, 2013). Berdasarkan tabel 4.2.2, dapat dilihat bahwa bahwa pasien yang berjenis kelamin perempuan memiliki lebih banyak formulir *bundle prevention* CAUTI yang terisi lengkap. Hal ini juga berlaku pada pasien yang berjenis kelamin laki-laki dimana jumlah formulir *bundle prevention* CAUTI yang terisi lengkap lebih banyak daripada jumlah formulir yang tidak terisi lengkap. Namun jika dinilai berdasarkan proporsi kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI, pasien perempuan memiliki proporsi kelengkapan lebih rendah (55%) daripada pasien dengan laki-laki (60%). Hal ini ditunjukkan pada gambar 4.5.



Gambar 4.5 Karakteristik Pasien Terpasang Kateter dan Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Jenis Kelamin

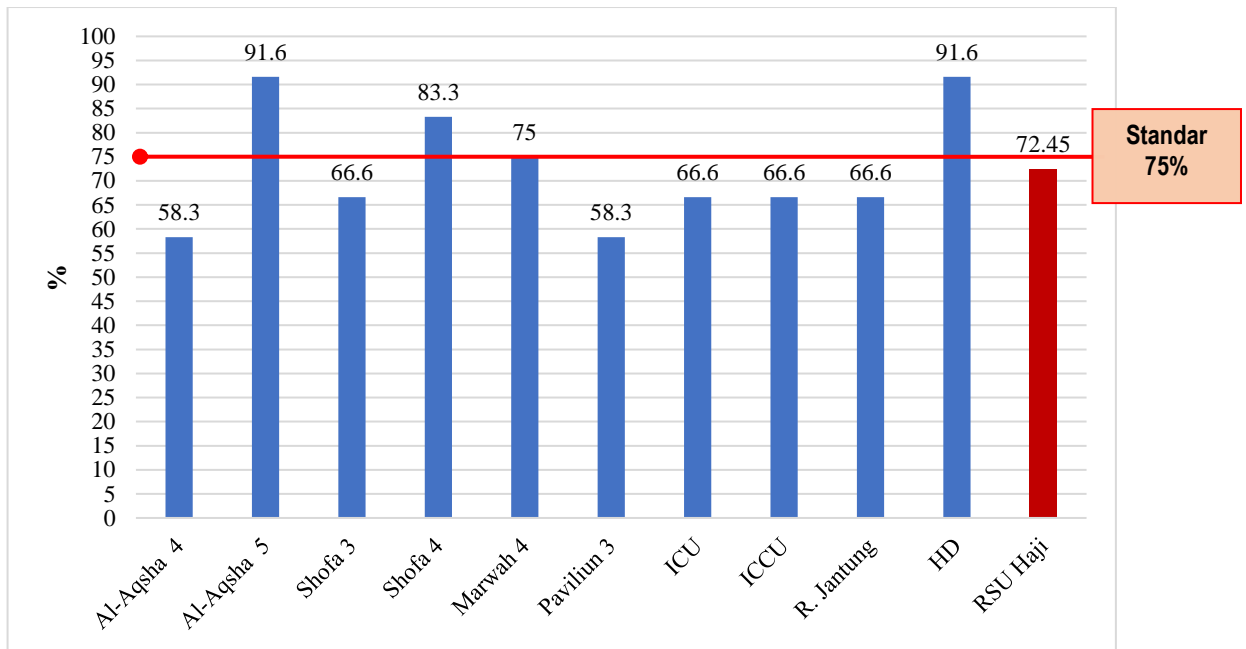
4.3.1.2 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Tempat

Hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI berdasarkan tempat adalah hasil yang didapatkan setelah melakukan penelusuran formulir *bundle prevention* CAUTI dalam rekam medis pasien yang terpasang kateter di semua ruangan di RSUD Haji Surabaya selama bulan Januari 2020. Adapun hasil tersebut ditampilkan dalam tabel berikut ini.

Tabel 4.3 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Tempat

No.	Nama Ruangan	Kelengkapan (%)	Ket.
1.	Al-Aqsha 4	58,3	TL
2.	Al-Aqsha 5	91,6	L
3.	Shofa 3	66,6	TL
4.	Shofa 4	83,3	L
5.	Marwah 4	75	L
6.	Paviliun 3	58,3	TL
7.	ICU	66,6	TL
8.	ICCU	66,6	TL
9.	R. Jantung	66,6	TL
10.	HD	91,6	L
Rerata Rumah Sakit (%)		72,45	

Berdasarkan tabel di atas kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya total di semua ruangan di bulan Januari sebesar 72,45%. Hal ini masih tergolong di bawah standar nasional mengacu pada Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, dimana dalam keputusan menteri tersebut standar minimal untuk kegiatan pencatatan dan pelaporan infeksi nosokomial/HAI di rumah sakit paling tidak sebesar 75%.. Dari 10 ruangan yang diobservasi, terdapat 4 ruangan yang memenuhi standar kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI sesuai standar nasional, yaitu ruang Al-Aqsha 5, Shofa 4, Marwah 4, dan ruang Hemodialisis. Kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* tertinggi terdapat di ruang Al-Aqsha 5 dan ruang Hemodialisis (91,6%), sedangkan kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* terendah terdapat di ruang Al-Aqsha 4 dan Paviliun 3 (58,3%). Hal tersebut dapat ditunjukkan melalui grafik berikut ini.



Gambar 4.6 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* RSU Haji Januari 2020 berdasarkan Tempat

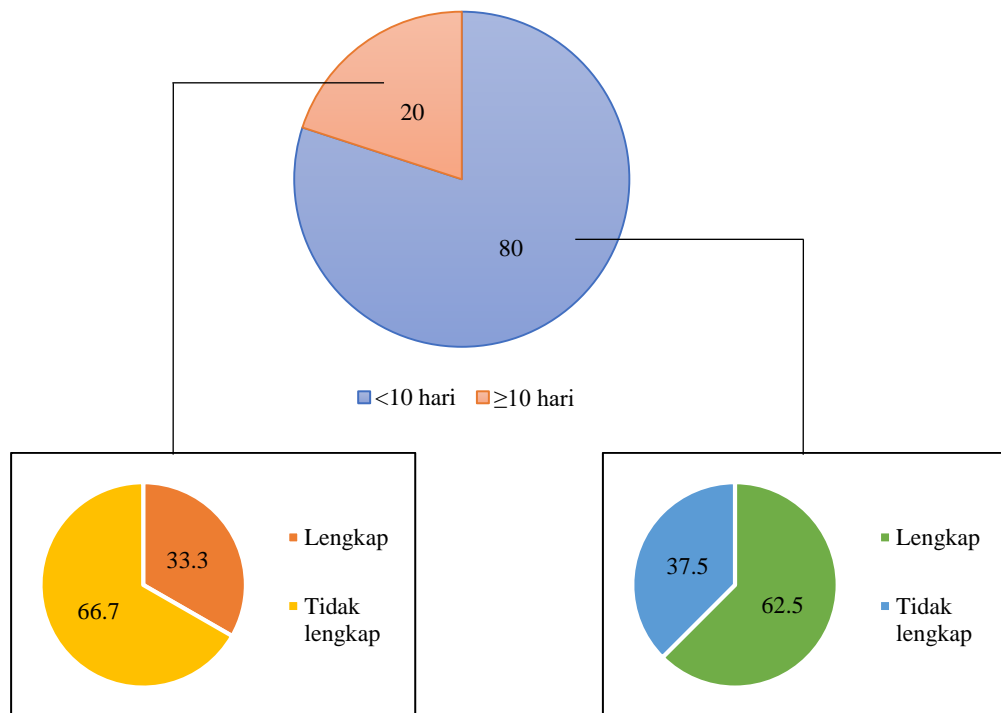
4.3.1.3 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSU Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Waktu

Hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI berdasarkan waktu adalah hasil yang didapatkan setelah melakukan penelusuran durasi terpasang kateter pada formulir *bundle prevention* CAUTI dalam rekam medis pasien yang terpasang kateter di RSU Haji Surabaya selama bulan Januari 2020. Durasi terpasangnya kateter urin pada pasien merupakan salah satu faktor risiko terjadinya CAUTI. Rata-rata tingkat terjadinya CAUTI pada pasien yang terpasang kateter naik 3%-10% per hari terpasang kateter, jadi CAUTI berisiko terjadi selama 10 hingga 30 hari pemasangan kateter urin (Blodgett, 2009). Oleh karena itu 10 hari dijadikan patokan dalam pengelompokan pasien berdasarkan waktu. Adapun hasil tersebut ditampilkan dalam tabel berikut ini.

Tabel 4.4 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSU Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Waktu

Durasi Terpasang Alat	Kelengkapan				Total	
	Lengkap		Tidak Lengkap			
	n	%	n	%	n	%
<10 hari	15	62,5 50,0	9	37,5 30,0	24	100,0 80,0
≥10 hari	2	33,3 6,7	4	66,7 13,3	6	100,0 20,0
Total	17	56,7	13	43,3	30	100,0

Dari 30 pasien yang terpasang kateter sebanyak 20% (6 pasien) telah terpasang alat ≥ 10 hari, yang mana pemasangan dengan durasi ≥ 10 hari berisiko lebih tinggi terkena CAUTI (Blodgett, 2009). Berdasarkan tabel 4.4, dapat dilihat bahwa bahwa kelompok pasien yang terpasang kateter selama ≥ 10 hari memiliki lebih banyak formulir *bundle prevention* CAUTI yang tidak terisi lengkap. Sebaliknya pada kelompok pasien yang terpasang kateter selama < 10 hari memiliki jumlah formulir *bundle prevention* CAUTI yang terisi lengkap lebih banyak daripada jumlah formulir yang tidak terisi lengkap. Jika dinilai berdasarkan proporsi kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI, kelompok pasien yang terpasang kateter selama ≥ 10 hari memiliki proporsi kelengkapan lebih rendah (33,3%) daripada pasien pasien yang terpasang kateter selama < 10 hari (62,5%). Hal ini ditunjukkan pada gambar 4.7.



Gambar 4.7 Karakteristik Pasien Terpasang Kateter dan Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Waktu

4.3.1.4 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Item

Hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI berdasarkan item adalah hasil yang didapatkan setelah melakukan penelusuran kelengkapan pengisian item pada formulir *bundle prevention* CAUTI

dalam rekam medis pasien yang terpasang kateter di RSUD Haji Surabaya selama bulan Januari 2020. Adapun hasilnya ditunjukkan dalam tabel berikut ini.

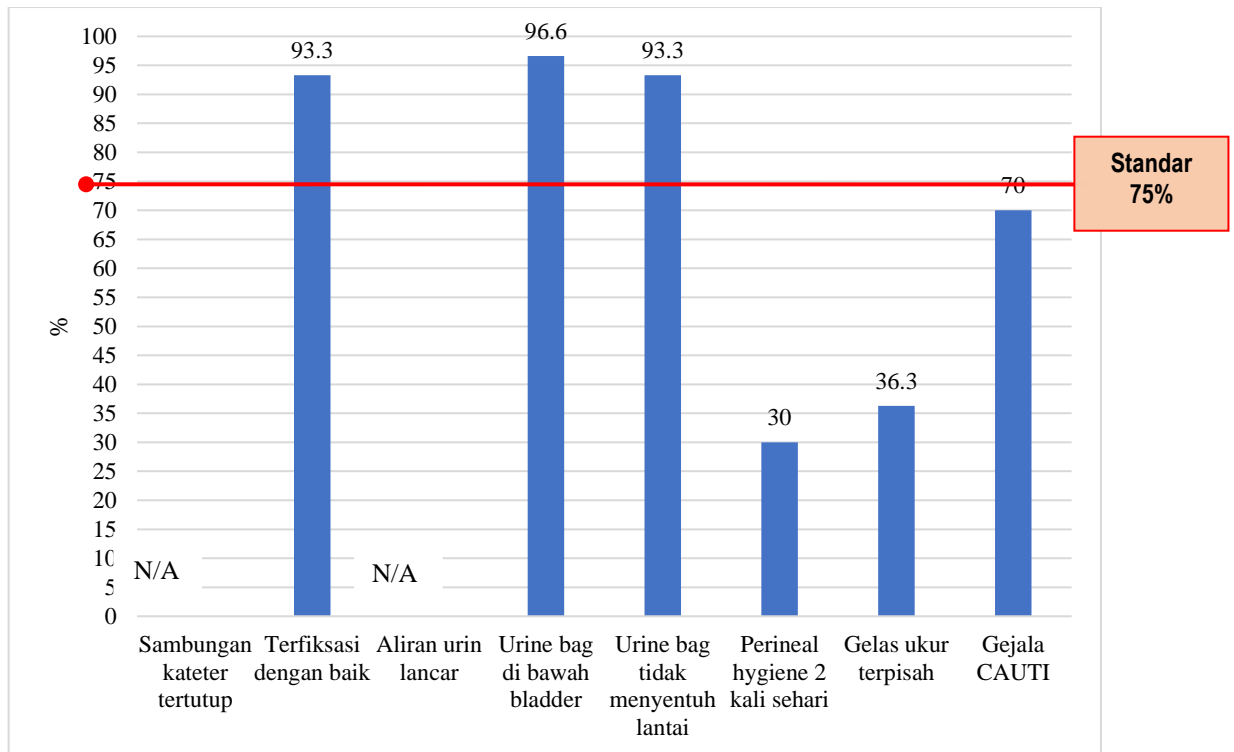
Tabel 4.5 Hasil Penelusuran Data Sekunder Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya Januari 2020 berdasarkan Item

Item Pencegahan	Kelengkapan				Total	
	Lengkap		Tidak Lengkap			
	n	%	n	%	n	%
Item Pencegahan 1	N/A	-	N/A	-	-	-
Item Pencegahan 2	28	93,3	2	6,7	30	100
Item Pencegahan 3	N/A	-	N/A	-	-	-
Item Pencegahan 4	29	96,7	1	3,3	30	100
Item Pencegahan 5	28	93,3	2	6,7	30	100
Item Pencegahan 6	9	30	21	70	30	100
Item Pencegahan 7	11	36,7	19	63,3	30	100
Item Gejala	21	70	9	30	30	100

Keterangan:

- a. Item pencegahan:
 - (1) Pertahankan sambungan kateter tertutup
 - (2) Terfiksasi dengan baik
 - (3) Aliran urin lancar
 - (4) *Urine bag* di bawah bladder
 - (5) *Urine bag* tidak menyentuh lantai
 - (6) Perineal hygiene 2 kali sehari
 - (7) Gelas ukur terpisah untuk setiap pasien (1 gelas/pasien)
- b. N/A : *not-available*; terjadi karena saat survei, pengamat tidak dapat melihat langsung kondisi pasien sesuai formulir *bundle prevention*, tidak ada pengamatan sesuai item.

Berdasarkan tabel 4.5, item formulir *bundle prevention* berupa pertahankan sambungan kateter tertutup dan aliran urin lancar tidak dapat diamati pada saat observasi dan tidak tercatat dalam formulir *bundle prevention*, sehingga dua item ini *not-available*. Berdasarkan tabel tersebut, item yang paling rendah kelengkapan pengisiannya adalah perineal hygiene 2 kali sehari (30%) dan pemakaian gelas ukur urin terpisah tiap pasien. terdapat 3 item yang pengisiannya sudah memenuhi standar kelengkapan sesuai standar nasional 75%, yaitu fiksasi kateter baik, *urine bag* di bawah bladder, dan *urine bag* tidak menyentuh lantai. Hal ini ditunjukkan dalam grafik berikut ini.



Gambar 4.8 Grafik Tingkat Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* per Item Formulir *Bundle Prevention* CAUTI RSUD Haji Januari 2020

4.4 Masalah dalam Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI di RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan hasil telaah data sekunder yang telah dilakukan, kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI didapati masih rendah. Untuk mengetahui alasan di balik rendahnya kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI ini, perlu dicari masalah-masalah yang ada. Permasalahan yang ada dianalisis melalui pengumpulan dan pengolahan data, baik itu data primer maupun data sekunder. Data primer diperoleh dari hasil observasi dan beberapa pertanyaan yang disusun dalam sebuah panduan wawancara. Sedangkan data sekunder diperoleh dari data laporan kejadian HAIs RSUD Haji Surabaya. Adapun permasalahan yang ada setelah dilakukan pengumpulan data dan informasi adalah sebagai berikut:

- Kepatuhan pengisian *bundle prevention* masih kurang
- Sosialisasi tentang pengisian *bundle prevention* CAUTI kurang menyeluruh ke semua perawat
- Pengawasan dalam pengisian *bundle prevention* CAUTI tidak rutin dilakukan.

4.5 Penentuan Prioritas Masalah

Data yang diperoleh berdasarkan hasil survei digunakan untuk mengidentifikasi permasalahan yang ada. Selanjutnya menentukan prioritas masalah melalui metode USG bersama dengan IPCN sebagai penanggung jawab program surveilans dan mahasiswa sebagai individu yang independen dalam penilaian. Pada penentuan prioritas masalah ini, IPCN dan mahasiswa diminta untuk memberikan penilaian dengan skor 1-5 di setiap perbandingan kategori *Urgency*, *Seriousness*, dan *Growth* pada setiap masalah kesehatan yang ada sesuai dengan prioritas. Semakin tinggi skor yang diberikan, maka permasalahan tersebut semakin diprioritaskan untuk diselesaikan.

Hasil perolehan prioritas masalah surveilans CAUTI di RSUD Haji disajikan pada tabel berikut ini.

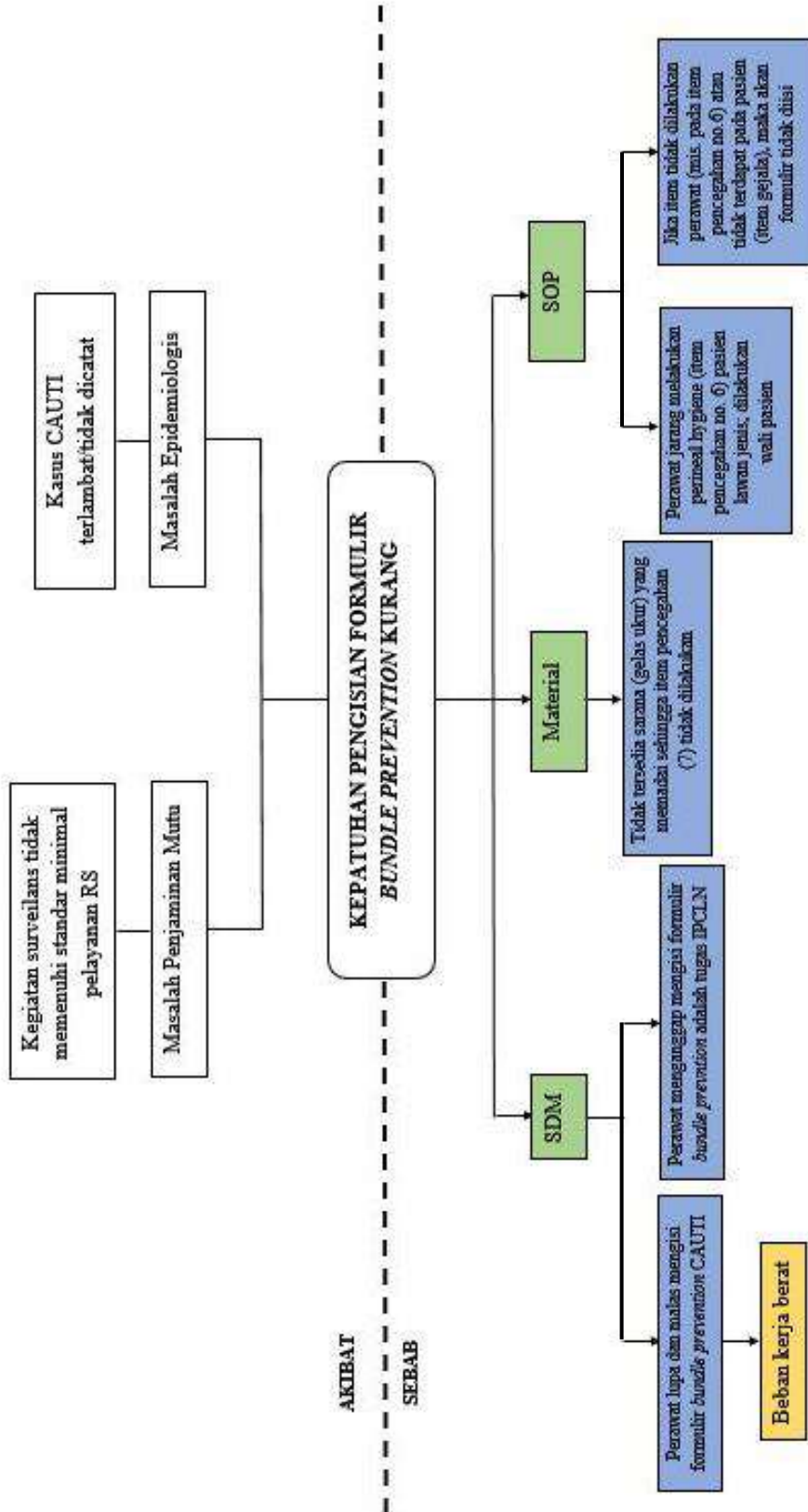
Tabel 4.6 Prioritas Masalah dengan Metode USG

No.	Responden	Kategori USG	Masalah		
			Kepatuhan pengisian <i>bundle prevention</i> kurang	Sosialisasi tentang pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI kurang menyeluruh ke semua perawat	Pengawasan dalam pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI tidak rutin dilakukan
1.	IPCN 1	<i>Urgency</i>	5	2	3
		<i>Seriousness</i>	4	2	3
		<i>Growth</i>	5	2	2
2.	IPCN 2	<i>Urgency</i>	3	1	4
		<i>Seriousness</i>	3	2	4
		<i>Growth</i>	4	2	4
3.	Mahasiswa 1	<i>Urgency</i>	5	2	4
		<i>Seriousness</i>	3	1	3
		<i>Growth</i>	4	2	2
Total			36	16	29
Prioritas Masalah			1	3	2

Analisis USG dalam tabel 4.3 menunjukkan kepatuhan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI yang kurang adalah masalah yang menjadi prioritas untuk diselesaikan terkait rendahnya kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya.

4.6 Penentuan Penyebab Masalah Pelaksanaan Surveilans CAUTI di RSUD Haji Surabaya

Penentuan akar penyebab masalah agar lebih mudah untuk dipahami, dapat digambarkan dengan menggunakan *Problem Tree Diagram* untuk mencari akar penyebab masalah kepatuhan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI masih kurang dengan penarikan akar masalah primer, sekunder, dan tersier seperti gambar 4.5. Akar masalah digali melalui wawancara mendalam dengan total ada 5 responden dengan jabatan sebagai perawat ruangan 2 orang dari ruang Paviliun 3 dan Marwah 4, IPCLN 2 orang dari ruang ICU dan Shofa 3, dan kepala ruangan 1 orang dari ruang Shofa 4.



Gambar 4.9 Problem Tree Diagram untuk Masalah Kurangnya Kepatuhan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI

Melalui wawancara dengan para perawat, didapatkan hasil sebagian besar perawat mengerti bahwa formulir *bundle prevention* CAUTI ini digunakan untuk memataui pasien yang terpasang kateter dari infeksi saluran kemih. Namun sebagian besar dari mereka menganggap tugas pencatatan dan pelaporan HAIs dan yang berhubungan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi adalah tugas dari IPCLN saja. Padahal dalam pelaksanaan pencegahan dan pengendalian infeksi harus ada sinergi dan koordinasi dari setiap unit yang ada.

Kesulitan perawat dalam melakukan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI kebanyakan karena beban kerja yang dianggap berat karena juga harus melaporkan catatan medis pasien lainnya. Hal ini menyebabkan perawat malas dan seringkali lupa untuk mengisi formulir *bundle prevention* CAUTI, sehingga pengisian formulir tidak rutin dan lengkap.

Hal lain yang menyebabkan ketidakpatuhan perawat dalam pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI adalah kesalahpahaman SOP. Asumsi para perawat bahwa jika terdapat item yang tidak mereka lakukan, seperti pada item pencegahan berupa perineal hygiene 2 kali sehari dan penggunaan gelas ukur terpisah tiap pasien, atau tidak mereka temukan pada pasien seperti pada item gejala, mereka cenderung membiarkan formulir *bundle prevention* kosong. Padahal seharusnya sesuai petunjuk pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI, jika tidak item dilakukan/ditemukan, maka perawat harus menuliskan tanda silang (x). Hal itu menyebabkan beberapa item dalam formulir tidak terdokumentasi.

4.7 Alternatif Solusi untuk Tindak Lanjut Masalah

Akar penyebab masalah telah diketahui. Untuk itu dilakukan beberapa rencana yang dapat dijadikan alternatif solusi untuk tindak lanjut masalah.

Tabel 4.7 Alternatif Solusi untuk Setiap Akar Masalah

No.	Akar Masalah	Alternatif Solusi
1.	Item pencegahan dan gejala yang tidak dilakukan atau tidak ditemui tidak terisi	<ul style="list-style-type: none"> • Melakukan sosialisasi kepada perawat tentang tujuan pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CAUTI • Melakukan sosialisasi kepada para perawat untuk tetap memonitoring pasien khususnya pada item pencegahan yang tidak dilakukan • Melakukan sosialisasi kepada para perawat untuk tetap melakukan pengisian item formulir <i>bundle prevention</i> CAUTI yang tidak dilakukan/tidak ditemukan dengan tanda (x) untuk lebih mudah mendeteksi kejadian CAUTI dan menentukan tingkat pencegahan dan pengendalian infeksi mana yang tepat.
2.	Rendahnya komitmen dan antusiasme perawat dalam melakukan pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CAUTI sehingga para perawat ruangan cenderung melimpahkan tugas ke IPCLN untuk mengisi formulir <i>bundle prevention</i> CAUTI	<ul style="list-style-type: none"> • Komite PPI bersama Komite Keperawatan merumuskan kebijakan untuk memberikan semacam <i>reward</i> dan <i>punishment</i> bagi perawat yang sering lalai mengisi formulir <i>bundle prevention</i> CAUTI • Komite PPI lebih memperkuat kembali koordinasi dengan komite keperawatan dalam perannya melakukan pencegahan dan

		<p>pengendalian infeksi untuk menegaskan kembali tugas pokok dan fungsi IPCLN dan perawat.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kepala ruangan, IPCN, dan IPCLN lebih sering melakukan sosialisasi dengan perawat lain dan saling memberikan umpan balik terhadap permasalahan CAUTI serta meningkatkan frekuensi pengawasan rutin.
--	--	--

4.8 Kegiatan Magang di RSUD Haji Surabaya Januari 2020

Selama magang berlangsung, secara garis besar kegiatan yang dilakukan sebagai berikut.

1. Pembelajaran tentang Sistem Surveilans Kesehatan Komite PPI RSUD Haji Surabaya

Mempelajari sistem surveilans RSUD Haji Surabaya, mulai dari jenis surveilans yang ada di RSUD Haji Surabaya, SPO pelaksanaan surveilans, hingga penggunaan data surveilans. Kegiatan yang biasa dilakukan yaitu membuat formulir pengumpulan data, mengolah data, serta menyebarkan informasi terkait masalah surveilans kesehatan yang dihadapi. Dalam kegiatan magang ini, sistem surveilans yang spesifik dipelajari adalah surveilans CAUTI. Hasil kegiatan ini dapat dilihat dalam lampiran 2 hingga lampiran 5.

2. Partisipasi Kegiatan Supervisi IPCN

Kegiatan supervisi adalah kegiatan yang dilakukan oleh IPCN di setiap unit rumah sakit. Tujuan kegiatan ini adalah menginspeksi dan menilai pelaksanaan kegiatan pencegahan dan pengendalian di RSUD Haji Surabaya sesuai dengan standar yang ditentukan oleh rumah sakit. Output kegiatan supervisi adalah laporan supervisor (IPCN) tentang hal-hal yang belum sesuai standar serta rekomendasi tindak lanjut.

3. Sosialisasi Sistem Surveilans Komite PPI RSUD Haji Surabaya

Kegiatan sosialisasi sistem adalah kegiatan menyebarkan informasi ke semua unit rumah sakit tentang usaha pencegahan dan pengendalian infeksi. Kegiatan yang biasa dilakukan adalah membuat media promosi kesehatan, seminar dalam pelatihan/orientasi yang diadakan rumah sakit, dan sebagainya.

4. Administasi

Kegiatan administrasi adalah semua kegiatan yang berkaitan tentang rencana dan program strategi maupun operasional yang akan dilakukan Komite PPI dalam jangka waktu tertentu. Kegiatan yang biasa dilakukan misalnya membuat laporan tahunan, membuat surat edaran, nota dinas, dan distribusi surat edaran.

5. Kegiatan Kesiapsiagaan KLB *Airborne Disease*

Kegiatan ini muncul untuk merespon adanya kejadian luar biasa wabah novel Corona virus (nCoV, atau sekarang dikenal sebagai COVID-19) yang terjadi di Wuhan, China dan menjadi pandemi di seluruh dunia, termasuk Indonesia, sejak Januari 2020. Kegiatan kesiapsiagaan yang dilakukan Komite PPI secara umum adalah kesiapsiagaan KLB *airborne disease*, mengingat COVID-19 juga merupakan penyakit disebabkan virus yang ditularkan melalui udara. Kegiatan yang dilakukan berupa membuat alur pelaporan dan penempatan pasien suspek KLB, membuat skenario penempatan pasien suspek KLB, membuat formulir surveilans KLB *airborne disease*, serta membuat media promosi tentang etika batuk dan informasi pelaporan pasien.

Selanjutnya untuk bentuk kegiatan magang yang lebih terperinci, dapat dilihat pada lampiran 1.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Angka kejadian HAIs RSUD Haji cenderung menurun dari tahun ke tahun, meskipun terdapat kenaikan yang tidak signifikan dari 0,1% menjadi 0,11% dari tahun 2018 hingga 2019. Angka ini masih memenuhi standar yang ditetapkan rumah sakit sendiri (2%) dan standar nasional (1,5%).
2. CAUTI merupakan infeksi paling sering terjadi nomor dua di RSUD Haji tahun 2019, dengan 4 kejadian dalam setahun.
3. Kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI RSUD Haji Surabaya pada Januari 2020 sebesar 72,45%. Angka tersebut masih belum memenuhi standar yang ditetapkan Kepmenkes RI Nomor 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit yaitu 75%.
4. Masalah dalam pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI yang tidak lengkap adalah kepatuhan perawat dalam pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI kurang, Sosialisasi tentang pengisian *bundle prevention* CAUTI kurang menyeluruh ke semua perawat, pengawasan dalam pengisian *bundle prevention* CAUTI tidak rutin dilakukan.
5. Akar masalah dari kepatuhan perawat dalam pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI kurang yaitu kurangnya komitmen perawat dalam melakukan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI dan cenderung melimpahkan tugas ke IPCLN, kesalahpahaman SOP pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI.

5.2 Saran

1. Dibutuhkan kebijakan tertulis terkait indikator khusus kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* pada semua surveilans HAIs, khususnya CAUTI.
2. Meningkatkan koordinasi Komite PPI dengan Komite Keperawatan untuk membuat kebijakan *reward* dan *punishment* mengenai pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI dan mengatur jadwal pengawasan rutin kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrássyová, Z., Žarnovský, J., Álló, Š., & Hrubec, J. (2013). Seven new quality management tools. *Advanced Materials Research*, 801, 25–33. <https://doi.org/10.4028/www.scientific.net/AMR.801.25>
- Blodgett, T. J. (2009). Reminder systems to reduce the duration of indwelling urinary catheters: a narrative review. *Urologic Nursing: Official Journal of the American Urological Association Allied*, 29(5), 369–379.
- CDC. (2015). Catheter-associated Urinary Tract Infections (CAUTI). Retrieved January 28, 2020, from https://www.cdc.gov/hai/ca_uti/uti.html
- Chalkidou, K., Glassman, A., Marten, R., Vega, J., Teerawattananon, Y., Tritasavit, N., ... Culyer, A. J. (2016). Priority-setting for achieving universal health coverage. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(6), 462–467. <https://doi.org/10.2471/blt.15.155721>
- Chenoweth, C. (2013). Preventing Catheter-Associated Urinary Tract Infections in the Intensive Care Unit. *Critical Care Clinics*, 29(1), 19–32. <https://doi.org/10.1016/j.ccc.2012.10.005>
- Graves, N. (2004). Economics and Preventing Hospital-acquired Infection. *Emerging Infectious Diseases*, 10(4), 561–566. <https://doi.org/10.3201/eid1004.020754>
- Ponce-de-Leon, S. (1991). The Needs of Developing Countries and The Resources Required. *Journal of Hospital Infection*, 18(SUPPL. A), 376–381. [https://doi.org/10.1016/0195-6701\(91\)90044-9](https://doi.org/10.1016/0195-6701(91)90044-9)
- Revelas, A. (2012). *Healthcare-Associated Infections: A Public Health Problem*. 53(2). <https://doi.org/10.4103/0300-1652.103543>
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2009). *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical -Surgical Nursing* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- WHO. (2002). *Prevention of Hospital-Acquired Infections: A Practical Guide* (2nd ed.). Geneva.
- WHO. (2010). *Health Care-Associated Infections: Fact Sheet*. <https://doi.org/10.1007/s00238-013-0923-3>
- WHO. (2018). *Advanced Infection Prevention and Control Training Prevention of Catheter-associated Urinary Tract Infection (CAUTI)*. Geneva.

Lampiran 1**Lembar Catatan Kegiatan Magang dan Absensi Magang**

Nama Mahasiswa : Ainun Azizah Ramdhani

NIM : 101611133118

Tempat Magang : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
6 Januari 2020	Pembekalan dan Orientasi Magang	
7 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Penjelasan dan Pengarahan Program di Komite Penanggulangan dan Pencegahan Infeksi 3. Membaca literatur terkait surveilans rumah sakit dan infeksi yang berhubungan dengan rumah sakit 	
8 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Membaca literatur terkait surveilans rumah sakit dan infeksi yang berhubungan dengan rumah sakit 3. Menentukan topik untuk laporan magang 4. Membaca SPO terkait topik laporan magang 5. Mengolah data laporan kepatuhan <i>hand hygiene</i> RSU Haji 2019 	
9 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Mengolah data laporan kepatuhan <i>hand hygiene</i> RSU Haji 2019 3. Membuat checklist survei <i>bundle prevention</i> CAUTI 	
10 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Melakukan survei/observasi ke ruang jantung dan ruang hemodialisis untuk mengecek pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI 	
Minggu ke-2		
13 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Melakukan survei/observasi ke ICU dan Al-Aqsha 5 untuk mengecek pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI 3. Merancang formulir <i>bundle prevention</i> alat invasif ventilator dengan EpiInfo 	
14 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Merancang formulir <i>bundle prevention</i> alat invasif ventilator dengan EpiInfo 	

	3. Membuat panduan wawancara dengan perawat ruangan	
15 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Melakukan survei/observasi ke ruang Shofa 3, Paviliun 1, Paviliun 2, Paviliun 3, Paviliun 4, dan ruang GNA anak untuk mengecek pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI 3. Revisi data laporan kepatuhan <i>hand hygiene</i> RSU Haji 2019 4. Mengikuti rapat tim CAUTI mengenai revisi SPO pemasangan kateter 	
16 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Melakukan survei/observasi ke ruang Al-Aqsha 4, Alqsha 6, ICCU, dan NICU untuk mengecek pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI 3. Mengikuti rapat dengan <i>cleaning service</i> bersama bagian sanitasi mengenai SPO pengelolaan limbah 	
17 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Melakukan survei/observasi ke ruang Marwah 2 dan Marwah 3 untuk mengecek pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI 3. Melakukan rekapitulasi hasil survei/observasi pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI 	
Minggu ke-3		
20 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Melakukan rekapitulasi hasil survei/observasi pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI 3. Mengolah data laporan evaluasi <i>bundle</i> CAUTI 	
21 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Mengolah data laporan evaluasi <i>bundle</i> CAUTI 3. Membuat laporan evaluasi <i>bundle</i> CAUTI 4. Wawancara dengan perawat mengenai pengisian <i>bundle</i> CAUTI 	
22 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Revisi laporan evaluasi <i>bundle</i> CAUTI 3. Wawancara dengan perawat mengenai pengisian <i>bundle</i> CAUTI 	
23 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Membuat formulir pencatatan pasien <i>airborne disease</i> di IGD 3. Membuat alur kesiapan KLB <i>airborne disease</i> 	
24 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Telaah jurnal terkait CAUTI 3. Mengikuti acara persiapan kenaikan jenjang karir PK 3 untuk membantu penyebaran materi PPI 	
Minggu ke-4		
27 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Analisis hasil observasi lapangan 3. Mengerjakan laporan magang 	

28 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Analisis hasil observasi lapangan 3. Merevisi alur kesiapsiagaan KLB RSUD Haji 	
29 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Analisis hasil observasi lapangan 3. Merevisi alur kesiapsiagaan KLB RSUD Haji 4. Mengisi laporan hasil supervisi pembina lapangan di bagian Laundry 	
30 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Analisis hasil observasi lapangan 3. Membuat laporan pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI 	
31 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Analisis hasil observasi lapangan 3. Membuat laporan pengisian <i>bundle prevention</i> CAUTI 	
Minggu ke-5		
3 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Membuat evaluasi survei <i>bundle prevention</i> CAUTI 	
4 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Membuat evaluasi survei <i>bundle prevention</i> CAUTI 3. Distribusi surat ke bagian Humas 	
5 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Membuat evaluasi survei <i>bundle prevention</i> CAUTI 3. Membantu mempersiapkan berkas akreditasi 	
6 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Membuat laporan <i>hand hygiene</i> RSUD Haji Surabaya TW 4 2019 	
7 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Briefing</i> pagi 2. Membuat laporan <i>hand hygiene</i> RSUD Haji Surabaya TW 4 2019 3. Revisi laporan evaluasi survei <i>bundle prevention</i> CAUTI 	

Lampiran 2



KOMITE PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFEKSI
 RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA
 Jl. Manyar Kertoadi Telp. (031) 5924000 Ext. 5038 Fax. (031) 5947890 Surabaya 60117
FORMULIR BUNDLE PREVENTION PEMASANGAN KATETER URIN

Register :
 Nama :
 Tgl. lahir/Umur :/.....thn
 Alamat :
(mohon diisi atau ditampal lembar Identitas jika ada)

Jenis kateter	ITEM PENCEGAHAN CAUTI (Catheter-associated Urinary Tract Infection)	Tanggal																															Σ hari	Hasil Pemeriksaan Kultur		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31				
	Tanggal pasang kateter urin																																			
	Ruang pemasangan																																			
<input type="checkbox"/> Silikon	Nama pemasang																																			
	Tanggal lepas kateter urin																																			
<input type="checkbox"/> Folley	Bundle Prevention CAUTI																																			
	Pemasangan secara aseptik dengan alat yang steril																																			
	Pertahankan sambungan tertutup pada kateter																																			
Lainnya....	Terfiksasi dengan baik																																			
	Pastikan aliran urin tidak terhambat																																			
	Urin bag dibawah bladder																																			
Ukuran Kateter	Urin bag tidak menyentuh lantai																																			
	Tidak melakukan bladder training dengan klem																																			
	Perineal hygiene 2kali sehari																																			
<input type="checkbox"/> 6	Penggunaan satu gelas ukur urin untuk satu pasien																																			
	Ada indikasi pemakaian kateter urin																																			
<input type="checkbox"/> 8	GEJALA CAUTI																																			
<input type="checkbox"/> 10	SUTI (Symptomatic Urine Tract Infection)	1. Demam ≥38°C																																		
		2. Nyeri suprapubik																																		
		3. Urgensi urin (Tidak bisa menahan kencing)																																		
		4. Frekuensi urin (sering kencing)																																		
		5. Disuria (Nyeri saat kencing)																																		
		6. Nyeri ketok costovertebra																																		
		7. Dilakukan pemeriksaan kultur urin pada mid median dengan teknik aseptik																																		
Lainnya....	SUTI 1a CAUTI	Hasil kultur urin (+) dengan jumlah koloni ≥ 10 /ml tidak lebih dari 2 spesies kuman																																		
	SUTI 1b non CAUTI	Pernah dipasang kateter ≥ 2 hari saat ditemukan tanda																																		
	SUTI 2 CAUTI-non CAUTI	Usia < 1 Tahun																																		
	ABUTI (Asymptomatic Bacteremic Urine Tract Infection)	Dilakukan pemeriksaan kultur darah																																		
	USI (Urinary System Infection)	Hasil kultur darah sama dengan kultur urin																																		
<input type="checkbox"/> 24	USI (Urinary System Infection)	Infeksi meliputi ginjal, ureter dan urethra																																		
	Hasil kultur urin (+)																																			

Keterangan : Isi kolom dengan tanda (√) bila YA dan tanda (o) bila TIDAK

Mengetahui

IPCLN


Form./01PPI/RSU/HAJI/2017****00

Kepala Ruangan.....

(.....)

Sumber : CDC available at <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/CAUTI/index.html> (putri/kuinar/2018)

Lampiran 3



RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA
KOMITE PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFEKSI
 Jalan Manyar Kertoadi Telp. (031) 5924000 Fax. (031) 5947890 Surabaya 60117

CEKLIST SURVEI PELAYANAN PASIEN TERPASANG KATETER URIN
(Bundle Prevention Cauti)

RUANG :
 BULAN :

NO	NAMA PASIEN	REGISTER	USIA	LAMA TERPASANG ALAT	KAMAR	ITEM PENCEGAHAN							GEJALA CAUTI					CAUTI		RTL						
						1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	YA	TIDAK							
1.																										
2.																										
3.																										
4.																										
5.																										
6.																										
7.																										
8.																										
9.																										
10.																										

Item Pencegahan CAUTI:

- Pertahankan sambungan tertutup pada kateter
- Terfiksasi dengan baik sesuai drainase
- Aliran urin lancar
- Urin bag dibawah bladder
- Urin bag tidak menyentuh lantai
- Perineal hygiene 2kali sehari
- Penggunaan satu gelas ukur urin untuk satu pasien

Item Gejala CAUTI:

- Demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- Nyeri suprapubik
- Frekuensi urin (sering kencing)
- Disuria (nyeri saat kencing)
- Hasil kultur urin (+) dengan jumlah koloni $\geq 10^5/\text{ml}$ tidak lebih dari 2 spesies kuman

Surabaya,

Mengetahui,
Kepala Ruangan


(.....)

Surabaya,

IPCN

(.....)

Lampiran 4

 RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA KOMITE PENCEGAHAN & PENGENDALIAN INFEKSI Jl. Manyar Kertoadi Telp. (031) 5924000 Extension 5038 Surabaya 60117		Register : Nama : Tgl, lahir/Umur :/...../.....thn Alamat : (mohon diisi atau ditempel stiker label identitas jika ada)	
LEMBAR KONFIRMASI CAUTI (Catheter-associated Urinary Tract Infection)			
Ruang :		MRS Tanggal :/...../.....
Dx Medis :		KRS Tanggal :/...../.....
Tanggal Kejadian :		Lama Hari Rawat :hari
Tanda infeksi sebelum pasang kateter :	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak	Tanda infeksi sebelum MRS :	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
MDRO Infection Surveillance :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Tanggal Pengkajian :/...../.....
KELUHAN UTAMA MRS :			
RIWAYAT PEMASANGAN KATETER URIN <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak			
Jika Ya, Kapan :		Lama Pemasangan :.....hari	
Alasan pemasangan :			
ANALISA KEJADIAN INFEKSI			
Tanggal Pemasangan Kateter Urin :	/...../.....	
Pemasangan diruang :		<input type="checkbox"/> IGD <input type="checkbox"/> ICU <input type="checkbox"/> Lainnya..... <input type="checkbox"/> NICU, berat lahir (gms) :	
Tanggal Pelepasan :...../...../.....			
Lama Hari Pemasangan :		<input type="checkbox"/> ≤ 4 hari <input type="checkbox"/> 5 – 7 hari <input type="checkbox"/> >10 hari	
Jenis Kateter Urin :		<input type="checkbox"/> Folley <input type="checkbox"/> Silikon <input type="checkbox"/> Lainnya	
Ukuran Kateter Urin : <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 24			
Kondisi kateter pada saat pertama kali muncul tanda-tanda CAUTI			
<input type="checkbox"/> Terpasang <input type="checkbox"/> Dilepas selama 2 hari <input type="checkbox"/> Tidak terpasang			
RIWAYAT PENYAKIT			
Diabetes Melitus :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Riwayat Penyakit Kronis :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Malnutrisi :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Kemoterapi :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Gangguan neurologi :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	Penggunaan Antibiotik :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
ITEM PENCEGAHAN YANG DILAKUKAN (*)			
<input type="checkbox"/> Pemasangan secara aseptik	<input type="checkbox"/> Tidak melakukan <i>bladder training</i> dengan klem		
<input type="checkbox"/> Terfiksasi dengan baik	<input type="checkbox"/> <i>Perinal hygiene</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Urine bag</i> dibawah <i>bladder</i>	<input type="checkbox"/> Penggunaan gelas ukur terpisah antar pasien		
<input type="checkbox"/> <i>Urine bag</i> tidak menyentuh lantai	<input type="checkbox"/> Ada indikasi pemakaian kateter urin		
GEJALA CAUTI			
PASIENT DEWASA		BAYI ≤ 1 TAHUN	
<input type="checkbox"/> Demam ≥38°C	<input type="checkbox"/> Demam ≥38°C		
<input type="checkbox"/> Nyeri suprapubik	<input type="checkbox"/> Hipotermi < 37°C		
<input type="checkbox"/> Urgensi urin (Tidak bisa menahan kencing)	<input type="checkbox"/> Apnea (Henti nafas)		
<input type="checkbox"/> Frekuensi urin (Sering kencing)	<input type="checkbox"/> Bradikardia (Detak jantung melambat)		
<input type="checkbox"/> Disuria (Nyeri saat kencing)	<input type="checkbox"/> Letargia (Lemah)		
<input type="checkbox"/> Nyeri ketok <i>costovertebral</i>	<input type="checkbox"/> Muntah - muntah		
HASIL PEMERIKSAAN			
Hasil Urin Lengkap (UL) :	Leukosit :	Eritrosit :	
Hasil Kultur Urin :	Jenis Mikroba :	Uji Kepekaan Antibiotik :	
Dx CAUTI : <input type="checkbox"/> Symptomatic UTI (SUTI) <input type="checkbox"/> Asymptomatic Bacteremic UTI (ABUTI) <input type="checkbox"/> Urinary Systemic Infection (USI)			
Mengetahui, Dokter yang Merawat		Surabaya, Petugas Surveilans	
(.....)		(.....)	

Keterangan(*) :
 Beri tanda (√) pada kotak jika item pencegahan sudah dilakukan dan
 Beri tanda (X) pada kotak jika item pencegahan tidak dilakukan

Lampiran 5

PELAKSANAAN SURVEILANS HAI_s CAUTI MENGGUNAKAN FORMULIR *BUNDLE PREVENTION* CAUTI

1. Hasil Pengumpulan Data

No.	Nama	Usia	Lama Terpasang Alat (hari)	Jenis Kelamin (L/P)	Item Pencegahan (Diisi (√)/ Tidak Diisi (-))							Item Gejala CAUTI (Diisi (√)/ Tidak Diisi (-))	Kelengkapan Pengisian (%)	Ket.
					1	2	3	4	5	6	7			
1.	R	76	5	P	N/A	√	N/A	√	√	√	√	√	100	L
2.	M	65	2	L	N/A	√	N/A	√	√	-	√	√	83,3	L
3.	Sr	62	5	P	N/A	√	N/A	√	√	-	√	√	83,3	L
4.	Su	74	4	P	N/A	√	N/A	√	√	-	√	√	83,3	L
5.	Sl	56	7	L	N/A	√	N/A	√	√	-	√	√	83,3	L
6.	Si	47	5	L	N/A	√	N/A	√	√	√	-	√	83,3	L
7.	J	45	10	P	N/A	√	N/A	√	√	√	√	√	100	L
8.	C	31	3	P	N/A	√	N/A	√	√	-	-	-	50	TL
9.	Sit	22	2	P	N/A	√	N/A	√	√	-	-	√	66,6	TL
10.	Ro	57	5	L	N/A	√	N/A	√	√	-	√	√	83,3	L
11.	Ruk	51	4	P	N/A	√	N/A	√	√	√	√	√	100	L
12.	Kar	64	5	L	N/A	√	N/A	√	√	√	√	√	100	L
13.	Fa	37	3	L	N/A	-	N/A	√	√	√	√	√	83,3	L
14.	Ma	44	2	L	N/A	√	N/A	√	√	-	-	√	66,6	TL

IR-PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

15.	Sub	61	7	L	N/A	√	N/A	√	-	-	-	√	50	TL
16.	Mud	70	2	P	N/A	√	N/A	√	√	-	-	-	50	TL
17.	Nu	38	2	P	N/A	√	N/A	√	√	-	-	-	50	TL
18.	Sum	56	4	P	N/A	√	N/A	√	√	√	√	-	83,3	L
19.	Il	56	10	P	N/A	√	N/A	√	√	-	√	-	66,6	TL
20.	He	50	6	P	N/A	√	N/A	√	√	√	√	-	83,3	L
21.	Tum	62	3	P	N/A	√	N/A	√	√	-	-	-	50	TL
22.	E	37	2	P	N/A	√	N/A	√	√	-	√	√	83,3	L
23.	Ho	61	4	P	N/A	√	N/A	√	√	-	√	-	66,6	TL
24.	Mul	75	13	P	N/A	√	N/A	√	√	-	-	√	66,6	TL
25.	Dj	69	14	P	N/A	√	N/A	√	√	√	-	√	83,3	L
26.	SS	57	2	P	N/A	√	N/A	√	√	√	√	√	100	L
27.	In	83	23	L	N/A	√	N/A	√	√	-	-	√	66,6	TL
28.	Zu	44	tidak diketahui	P	N/A	-	N/A	-	-	-	-	-	0	TL
29.	Di	54	9	L	N/A	√	N/A	√	√	-	-	√	66,6	TL
30.	Wiw	38	9	P	N/A	√	N/A	√	√	√	-	√	83,3	L

2. Rekapitulasi Kelengkapan Pengisian Data Surveilans

No.	Nama Ruang	Tgl. Obs.	Jumlah Pasien	Item Pencegahan (%)														Item Gejala CAUTI (%)	Rerata (%)	Ket.
				1		2		3		4		5		6		7				
				n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
1.	Al-Aqsha 4	16/1	2	N/A	-	2	100	N/A	-	2	100	2	100	0	0	0	0	50	58,3	TL
2.	Al-Aqsha 5	13/1	4	N/A	-	3	75	N/A	-	4	100	4	100	3	75	4	100	100	91,6	L
3.	Shofa 3	15/1	2	N/A	-	2	100	N/A	-	2	100	2	100	1	50	1	50	0	66,6	TL
4.	Shofa 4	22/1	1	N/A	-	1	100	N/A	-	1	100	1	100	0	0	1	100	100	83,3	L
5.	Marwah 4	17/1	2	N/A	-	2	100	N/A	-	2	100	2	100	0	0	1	100	50	75	L
6.	Paviliun 3	15/1	6	N/A	-	6	100	N/A	-	6	100	5	83,3	1	16,67	1	16,67	33,3	58,3	TL
7.	ICU	13/1	5	N/A	-	4	80	N/A	-	4	80	4	80	2	40	2	40	80	66,6	TL
8.	ICCU	16/1	1	N/A	-	1	100	N/A	-	1	100	1	100	0	0	0	0	100	66,6	TL
9.	R. Jantung	10/1	5	N/A	-	5	100	N/A	-	5	100	5	100	0	0	0	0	100	66,6	TL
10.	HD	10/1	2	N/A	-	2	100	N/A	-	2	100	2	100	2	100	1	50	100	91,6	L
Rerata Kelengkapan Formulir			30	N/A	-	28	93,3	N/A	-	29	96,6	28	93,3	9	30	11	36,6	70		
Ket.				N/A	-	L		N/A	-	L		L		TL		TL		TL		

Lampiran 6

Panduan Wawancara

Survei Kelengkapan Pengisian Formulir *Bundle Prevention* CAUTI

1. Menurut Anda apa gunanya mengisi formulir *bundle prevention* CAUTI?
2. Apa saja kesulitan yang Anda temui untuk mengisi formulir *bundle prevention* CAUTI?
3. Mengapa pengisian formulir *bundle prevention* CAUTI tidak rutin dilakukan?
4. Mengapa pada item: (1) perineal hygiene 2 kali sehari (2) penggunaan gelas ukur terpisah tiap pasien (3) gejala CAUTI sering ditemui kosong/tidak diisi?

Lampiran 6

Lembar Kehadiran Magang

LEMBAR KEHADIRAN MAHASISWA MAGANG
S1 KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
2020

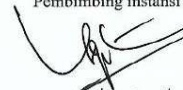
Tempat Magang : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

NIM	Nama	Tanggal													
		6/1	7/1	8/1	9/1	10/1	13/1	14/1	15/1	16/1	17/1	20/1	21/1	22/1	
101611133070	Dewi Putri Sandrawati	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133106	Rizki Nur Azizah	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133118	Ainun Azizah R.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133127	Dinda Rizka Safitri	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP

NIM	Nama	Tanggal												
		23/1	24/1	27/1	28/1	29/1	30/1	31/1	3/2	4/2	5/2	6/2	7/2	
101611133070	Dewi Putri Sandrawati	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133106	Rizki Nur Azizah	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133118	Ainun Azizah R.	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP
101611133127	Dinda Rizka Safitri	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP	SP

Surabaya, 7 Februari 2020

Pembimbing instansi



Dewiono Mudjianto, Ns., M.Epd.
NIP 19700418193021001

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG
DI KOMITE PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) RUMAH
SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

EVALUASI KELENGKAPAN PENGISIAN FORMULIR BUNDLE PREVENTION CVC
DALAM PENCEGAHAN INFEKSI ALIRAN DARAH PRIMER (IADP)
DI RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA PADA BULAN JANUARI
TAHUN 2020



Oleh :

DINDA RIZKA SAFITRI

NIM. 101611133127

DEPARTEMEN EPIDEMIOLOGI
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2020

**LAPORAN PELAKSANAAN MAGANG DI KOMITE PENCEGAHAN DAN
PENGENDALIAN INFEKSI (PPI) RUMAH SAKIT UMUM HAJI SURABAYA**

Disusun oleh:

DINDA RIZKA SAFITRI

NIM. 101611133127

Telah disahkan dan diterima dengan baik oleh:

Pembimbing Departemen,

Tanggal 03 Maret 2020

Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M.Kes.

NIP. 196902101994032002

Pembimbing di PPI RSU Haji Surabaya,

Tanggal 03 Maret 2020

Dwiono Mudjiyanto.,Ns.,M.Epid.

NIP. 197004181993021001

Mengetahui

Ketua Departemen Epidemiologi,

Tanggal 03 Maret 2020

Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes.

NIP. 196811021998022001

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas kasih sayangNya laporan pelaksanaan magang ini dapat tersusun. Laporan pelaksanaan magang yang berjudul “Evaluasi Kelengkapan Pengisian *Bundle Prevention* CVC dalam Pencegahan Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya pada Bulan Januari Tahun 2020” ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan akademis di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Laporan ini akan membahas salah satu kegiatan di Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI), yakni *bundles prevention* dan Surveilans HAIs. Laporan ini tidak akan berhasil disusun tanpa adanya bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini saya mengucapkan terima kasih yang setinggi-tingginya kepada:

1. Prof. Dr. Tri. Martiana, dr., M.S. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
2. Dr. Atik Choirul Hidajah, dr., M.Kes. selaku Ketua Departemen Epidemiologi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga
3. Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, selaku instansi tempat pelaksanaan magang
4. Dr. drg. Sri Agustina Ariandani, M.Kes selaku Direktur Utama RSUD Haji Surabaya
5. dr. Bambang Arianto, SpB selaku Ketua Komite PPI RSUD Haji Surabaya
6. dr. Arief Wijaya Rosli, SpA selaku Ketua Tim PPI RSUD Haji Surabaya
7. Bapak Dwiono Mudjiyanto, M.Epid.,Ns selaku pembimbing lapangan Tim PPI RSUD Haji Surabaya
8. Dr. Fariani Syahrul, S.KM., M. Kes. selaku dosen pembimbing akademik yang selalu memberi arahan dan masukan.
9. Jajaran pegawai di Tim PPI RSUD Haji Surabaya yang telah bersedia memberikan bimbingan, ilmu, dan pengalaman:
 - a. Ibu Sulistyorini, S.Kep.Ns
 - b. Mbak Whenny Irdiana, S.KM
 - c. serta IPCLN yang tidak mungkin disebutkan satu-persatu.
10. Teman-teman FKM yang khususnya magang di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya atas kerja-sama dan bantuannya selama ini.

Semoga Allah SWT memberikan balasan pahala atas segala amal yang telah diberikan dan semoga laporan magang ini bermanfaat bagi kami maupun pihak lain yang memanfaatkan.

Surabaya, 10 Februari 2020

DAFTAR ISI

LEMBAR PENGESAHAN	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR GAMBAR	vi
DAFTAR TABEL.....	vii
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Magang	4
1.2.1 Tujuan Umum.....	4
1.2.2 Tujuan Khusus.....	4
1.3 Manfaat.....	4
1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa	4
1.3.2 Manfaat bagi RSUD Haji Surabaya	4
1.3.3 Manfaat bagi Perguruan Tinggi.....	5
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Konsep Rumah Sakit.....	6
2.1.1 Definisi Rumah Sakit	6
2.1.2 Tujuan Rumah Sakit	6
2.1.3 Tugas dan Fungsi RS.....	6
2.2 Konsep HAIs	7
2.2.1 Definisi	7
2.2.2 Jenis HAIs	7
2.2.3 Pencegahan HAIs	8
2.3 Konsep Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)/ <i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i> (CLABSI)	8
2.3.1 Definisi	9
2.4 Surveilans CLABSI.....	11
BAB III METODE PELAKSANAAN MAGANG	12
3.1 Lokasi Pelaksanaan Magang	12
3.2 Waktu Pelaksanaan Magang	12
3.3 Metode Pelaksanaan Magang.....	13
3.4 Teknik Pengumpulan Data.....	13
3.5 Output Kegiatan	13
BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN	15
4.1 Gambaran Umum Komite PPI RSUD Haji Surabaya.....	15

4.1.1.	Tujuan Komite PPI RSUD Haji Surabaya.....	15
4.1.2.	Visi dan Misi Komite PPI RSUD Haji Surabaya	15
4.1.3.	Program PPI di RSUD Haji Surabaya	16
4.1.4.	Alur Kegiatan Surveilans di Komite PPI RSUD Haji Surabaya	17
4.1.5.	Sasaran Program Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Haji Surabaya	18
4.1.6.	Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)	18
4.2	Sistem Surveilans BSI di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya	20
4.3	Kelengkapan Pengisian Formulir Bundle Prevention CVC di RSUD Haji Surabaya Bulan Januari 2020	23
4.4	Kelengkapan Pengisian Formulir Bundle Prevention CVC di RSUD Haji Surabaya Bulan Januari 2020 Berdasarkan Orang	26
4.5	Kelengkapan Pengisian Formulir Bundle Prevention CVC di RSUD Haji Surabaya Bulan Januari 2020 Berdasarkan Tempat	28
4.6	Kelengkapan Pengisian Formulir Bundle Prevention CVC di RSUD Haji Surabaya Bulan Januari 2020 Berdasarkan Waktu.....	28
4.7	Masalah Pelaksanaan Surveilans BSI di RSUD Haji Surabaya.....	30
4.8	Penentuan Prioritas Masalah	30
4.9	Penentuan Penyebab Masalah	31
4.10	Alternatif Pemecahan Masalah.....	34
4.11	Kegiatan Selama Magang	37
BAB V PENUTUP		42
5.1	Kesimpulan.....	42
5.2	Saran.....	42
Lampiran 3 Tren Kejadian BSI di RSUD Haji Surabaya tahun 2015-2019		44
Lampiran 1 Panduan Wawancara		4646
Lampiran 2 Ceklist Kelengkapan Data Pasien Terpasang CVC (<i>Bundle Prevention BSI</i>).		
Lampiran 3 Hasil Wawancara dengan IPCLN		48
Lampiran 4 Tampilan Aplikasi Healthy Plus: CVC.....		53
Lampiran 5 Absensi Magang.....		54
Lampiran 6 Lembar Catatan Kegiatan Magang		55

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1.1 Tren Kejadian BSI di RSUD Haji Surabaya tahun 2015-2019.....	3
Gambar 4.1 Alur Kegiatan Surveilans	17
Gambar 4.2 Struktur Organisasi PPI RSUD Haji Surabaya	19
Gambar 4.3 Sistem surveilans BSI di RSUD Haji Surabaya berdasarkan input, proses dan output	22
Gambar 4.4 Grafik kelengkapan pengisian <i>bundle prevention</i> CVC bulan Januari 2020.....	25
Gambar 4.5 Grafik presentase usia pasien terpasang alat CVC pada bulan Januari 2020.....	26
Gambar 4.6 Grafik presentase jenis kelamin pasien terpasang alat CVC pada bulan Januari 2020.....	27
Gambar 4.7 Grafik kelengkapan pengisian <i>bundle prevention</i> CVC berdasarkan tempat pada bulan Januari 2020.....	29
Gambar 4.8 Grafik kelengkapan pengisian <i>bundle prevention</i> CVC berdasarkan lama terpasang CVC	29
Gambar 4.13 Diagram Fishbone ketidakpatuhan pengisian <i>bundle prevention</i>	32

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Waktu dan Kegiatan Magang di Komite PPI RSUD Haji Surabaya	12
Tabel 4.1 Komponen Formulir Bundle Prevention CVC	21
Tabel 4.2 Kelengkapan pengisian form bundle prevention CVC bulan Januari tahun 2020.....	24
Tabel 4.3 Kategori usia dan Jenis Kelamin dari pasien terpasang alat CVC pada bulan Januari 2020	26
Tabel 4.4 Kelengkapan pengisian formulir bundle prevention CVC berdasarkan tempat pada bulan Januari 2020.....	28
Tabel 4.5 Penentuan Prioritas Masalah dengan USG	31
Tabel 4.6 Penyusunan Kegiatan.....	35

DAFTAR SINGKATAN

APSID	: <i>Asia Pacific Society Of Infection Control</i>
BSI	: <i>Blood Stream Infection</i>
CDC	: <i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CLABSI	: <i>Central Line Associated Blood Stream Infection</i>
CVC	: <i>Central Venous Catheters</i>
HAIs	: <i>Healthcare Associated Infections</i>
IADP	: Infeksi Aliran Darah Primer
ICU	: <i>Intensive Care Unit</i>
ICCU	: <i>Intensive Cardiologi Care Unit</i>
IPCLN	: <i>Infection Prevention and Controlling Link Nurse</i>
IPCN	: <i>Infection Prevention and Controlling Nurse</i>
IPCO	: <i>Infection Prevention and Controlling Organization</i>
MAKP	: Manajemen Asuhan Keperawatan Professional
PPI	: Pencegahan dan Pengendalian Infeksi
RSU	: Rumah Sakit Umum
USG	: <i>Urgency, Seriousness, and Growth</i>
WHO	: <i>World Health Organizations</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kegiatan magang merupakan pelaksanaan dari salah satu Tri Dharma Perguruan Tinggi yang bertujuan untuk memfasilitasi mahasiswa dalam mengaplikasikan pengetahuan yang didapat selama perkuliahan ke dalam dunia kerja. Magang merupakan kegiatan mandiri mahasiswa yang dilakukan di luar lingkungan kampus guna mendapatkan kesempatan belajar dan menambah pengetahuan serta keterampilan tertentu yang dapat dipelajari melalui pengalaman langsung sesuai dengan bidangnya. Kegiatan magang dapat memupuk disiplin kerja dan profesionalisme dalam bekerja agar dapat mengenal dunia dan lingkungan kerja yang bermanfaat bagi mahasiswa setelah menyelesaikan kuliah.

Kegiatan magang berarti melaksanakan apa yang menjadi fungsi, tugas, kewajiban, dan pekerjaan pokok dari institusi tempat magang yang relevan dengan keilmuan kesehatan masyarakat yang sangat diperlukan untuk menjadi seorang SKM (Sarjana Kesehatan Masyarakat) sehingga mahasiswa peserta magang diharapkan dapat membantu memecahkan masalah kesehatan yang mungkin sedang dihadapi oleh institusi magang tersebut. Salah satu tempat yang relevan dengan keilmuan kesehatan masyarakat adalah Rumah sakit.

Rumah sakit merupakan sarana kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU No. 44 Tahun 2009). Pemakaian peralatan perawatan pasien dan tindakan operasi terkait pelayanan kesehatan merupakan hal yang tidak dapat dihindarkan. Pemakaian alat dan tindakan ini akan membuka jalan masuk kuman yang dapat menimbulkan risiko infeksi tinggi. *Healthcare Associated Infection (HAIs)* diartikan sebagai infeksi yang diperoleh atau terjadi di rumah sakit atau pelayanan kesehatan. HAIs merupakan salah satu masalah kesehatan di berbagai negara di dunia, termasuk Indonesia. Berdasarkan *World Health Organizations (WHO)*, Tahun 2011 sekitar 7% pasien di negara maju dan 10% pasien di negara berkembang mendapatkan sedikitnya satu *Healthcare Associated Infection (HAIs)*. Di Eropa, sekitar 4 juta pasien mengalami kejadian HAIs per tahun. Hal ini menyebabkan kematian pada 37.000 pasien. Di Amerika, sekitar 1,7 juta pasien

mengalami HAIs per tahun dengan prevalensi sebesar 4,5%. Hal ini menyebabkan 99.000 kematian. Sedangkan di Indonesia, prevalensi HAIs dari tahun 1995 hingga 2010 mencapai 7,1%. Hal ini mengakibatkan penambahan hari rawat pasien serta biaya perawatan di rumah sakit (WHO,2011).

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan (Kepmenkes) No. 129 Tahun 2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit, Angka Kejadian Infeksi Nosokomial di rumah sakit memiliki standar $\leq 1,5\%$. Rumah sakit dengan kejadian Infeksi Nosokomial yang tinggi dapat dicabut izin operasionalnya. Kejadian HAIs dapat dicegah bila fasilitas pelayanan kesehatan secara konsisten melaksanakan program Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI).

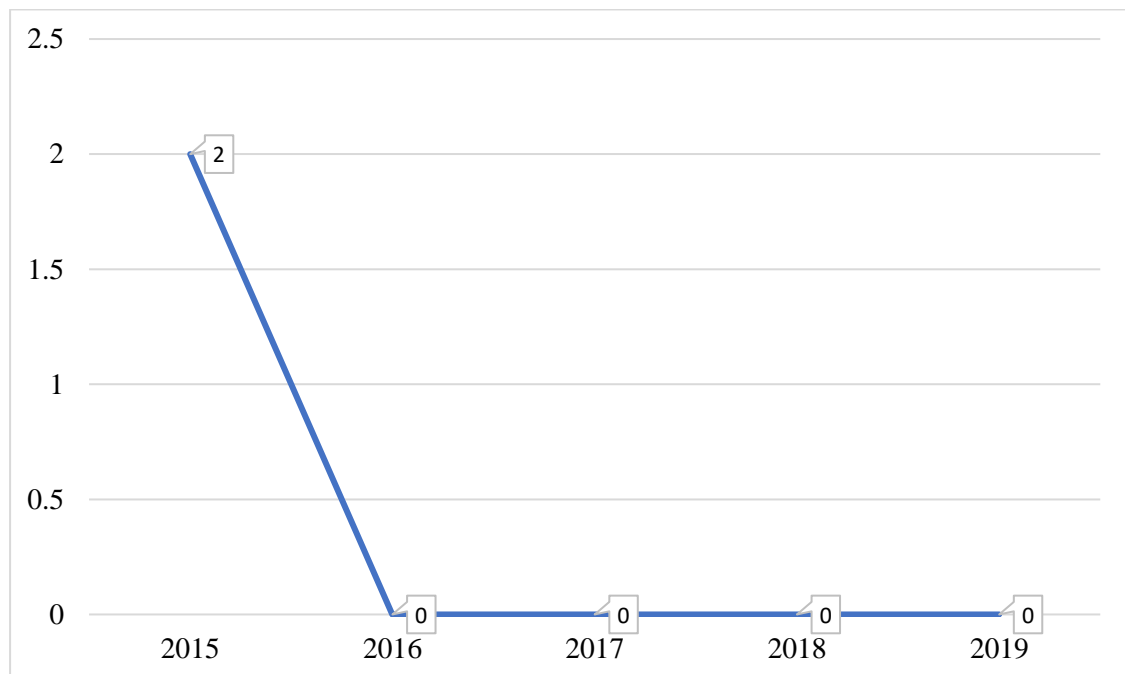
Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) adalah upaya untuk mencegah dan meminimalkan terjadinya infeksi pada pasien, petugas, pengunjung, dan masyarakat sekitar fasilitas pelayanan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017). Dalam pelaksanaannya PPI di Rumah Sakit, dapat mencegah terjadinya HAIs dengan menggunakan *bundle* dan melakukan surveilans HAIs. *Bundles* merupakan sekumpulan praktik berbasis bukti sah yang menghasilkan perbaikan keluaran proses pelayanan kesehatan bila dilakukan secara kolektif dan konsisten.

Surveilans infeksi terkait pelayanan kesehatan (*Health Care Associated Infections/HAIs*) adalah suatu proses yang dinamis, sistematis, terus menerus dalam pengumpulan, identifikasi, analisis dan interpretasi data kesehatan yang penting di fasilitas pelayanan kesehatan pada suatu populasi spesifik dan didiseminasikan secara berkala kepada pihak-pihak yang memerlukan untuk digunakan dalam perencanaan, penerapan, serta evaluasi suatu tindakan yang berhubungan dengan kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017). Surveilans HAIs bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang paling banyak terjadi di pelayanan fasilitas kesehatan. Salah satu infeksi yang paling banyak terjadi di rumah sakit adalah Infeksi aliran darah.

Infeksi Aliran Darah (*Blood Stream Infection/BSI*) dapat terjadi pada pasien yang menggunakan alat sentral intra vaskuler (CVC Line) setelah 48 jam dan ditemukan tanda atau gejala infeksi yang dibuktikan dengan hasil kultur positif bakteri patogen yang tidak berhubungan dengan infeksi pada organ tubuh yang lain dan bukan infeksi sekunder, dan disebut sebagai *Central Line Associated Blood Stream Infection* (CLABSI). Tahun 2015, kejadian CLABSI di Australia sebanyak 4416 kasus dan menyebabkan pasien harus menambah hari rawat inap sekitar 16 hari (*Australian*

Commission on Safety and Quality in Health Care, 2018). Di Eropa, insidens CLABSI yaitu 3,5 kasus per 1000 hari pasang CVC dan infeksi ini menyebabkan hari rawat pasien bertambah selama 4-14 hari lebih lama. Pada negara berkembang insidens CLABSI sebesar 12 kasus per 1000 hari pasang CVC dan menyebabkan penambahan hari rawat inap pasien sekitar 5-29 hari. Berdasarkan laporan infeksi HAIs di 173 ICU dari 25 negara di Amerika Latin, Asia, Afrika dan Eropa, disebutkan bahwa mortalitas pada pasien dewasa yang mengalami CLABSI sebesar 23,6% (WHO,2011).

Rumah Sakit Umum Haji Surabaya memiliki Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) yang melakukan surveilans HAIs termasuk didalamnya Surveilans *Blood Stream Infection* (BSI). Berikut ini adalah trend kejadian BSI tahun 2015-2019 di RSU Haji Surabaya:



Sumber : Laporan Kejadian Infeksi RSU Haji Surabaya Tahun 2015-2019 oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Gambar 1.1. Tren kejadian BSI di RSU Haji Surabaya Tahun 2015-2019

Berdasarkan *trend* kejadian BSI diatas, didapatkan bahwa jumlah kejadian BSI tertinggi adalah di tahun 2015 sebanyak 2 kejadian dan di tahun selanjutnya tidak terdapat kejadian BSI. Menurut diskusi yang dilakukan dengan IPCN di Komite PPI, tidak terdapat kejadian BSI bisa disebabkan karena surveilans BSI belum dilakukan secara tepat terutama dalam pengumpulan data. Hal ini meningkatkan kemungkinan bahwa kejadian BSI tidak tercatat dan tidak dilaporkan ke Komite PPI.

Oleh karena itu, evaluasi yang dilakukan ini ditekankan pada bagian proses pengumpulan data surveilans BSI di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Hal ini karena kualitas pengumpulan data merupakan dasar dalam surveilans, apabila data yang didapatkan kurang tepat atau tidak berkualitas maka analisis data, interpretasi data hingga diseminasi informasi yang dikeluarkan bisa menjadi tidak tepat serta tidak sesuai dengan keadaan.

1.2 Tujuan Magang

1.2.1 Tujuan Umum

Menganalisis evaluasi pengisian *bundle prevention* CVC sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi aliran darah di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya pada bulan Januari tahun 2020.

1.2.2 Tujuan Khusus

1. Mempelajari struktur organisasi dan prosedur kerja bidang surveilans HAIs Rumah Sakit Umum Haji Surabaya
2. Mempelajari sistem surveillans yang diterapkan di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya mulai proses pengumpulan data, pengolahan dan analisis data, serta data output yang dihasilkan.
3. Mengidentifikasi masalah kesehatan, membuat prioritas masalah dan alternatif pemecahan masalah yang ada pada kegiatan pelaksanaan surveilans BSI di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

1.3 Manfaat

1.3.1 Manfaat bagi Mahasiswa

1. Menambah wawasan, keterampilan, dan pengalaman di bidang kesehatan terutama yang berkaitan dengan surveilans di Rumah Sakit
2. Sebagai wadah untuk mengaplikasikan ilmu yang telah didapatkan selama perkuliahan dan magang khususnya yang berkenaan dengan surveilans HAIs
3. Menambah pengalaman dan gambaran kondisi dunia kerja secara nyata di RSU Haji Surabaya

1.3.2 Manfaat bagi RSU Haji Surabaya

1. Mendapatkan umpan balik dan interaksi positif antara mahasiswa dan RSU Haji Surabaya

2. Memberi saran, masukan, dan/atau rekomendasi kepada instansi dari mahasiswa magang sebagai perbaikan RSUD Haji Surabaya ke depan.
3. Adanya kerjasama antara perguruan tinggi dengan RSUD Haji Surabaya

1.3.3 Manfaat bagi Perguruan Tinggi

1. Menambah referensi bagi perguruan tinggi khususnya yang berkaitan dengan surveilans BSI.
2. Adanya kerjasama antara perguruan tinggi dan RSUD Haji Surabaya.
3. Terealisasinya tujuan kegiatan magang akademik mahasiswa sehingga dapat meningkatkan kualitas dalam pengalaman kerja.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Rumah Sakit

2.1.1 Definisi Rumah Sakit

Menurut UU nomor 44 tahun 2009, Definisi rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

2.1.2 Tujuan Rumah Sakit

Menurut UU no. 44 Tahun 2009, Rumah sakit memiliki tujuan sebagai berikut:

1. Mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;
2. Memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit;
3. Meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan
4. Memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit, dan Rumah sakit

2.1.3 Tugas dan Fungsi RS

Rumah sakit mempunyai tugas memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna. Untuk menjalankan tugas, Rumah sakit mempunyai fungsi :

1. Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit
2. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
3. Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
4. Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penampisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

2.2 Konsep HAIs

2.2.1 Definisi

Berdasarkan sumber infeksi, maka infeksi dapat berasal dari masyarakat/komunitas (*Community Acquired Infection*) atau dari rumah sakit (*Healthcare-Associated Infections/HAIs*). Penyakit infeksi yang didapat di rumah sakit beberapa waktu yang lalu disebut sebagai Infeksi Nosokomial (*Hospital Acquired Infection*). Saat ini penyebutan diubah menjadi Infeksi Terkait Layanan Kesehatan atau “HAIs” (*Healthcare-Associated Infections*) dengan pengertian yang lebih luas, yaitu kejadian infeksi tidak hanya berasal dari rumah sakit, tetapi juga dapat dari fasilitas pelayanan kesehatan lainnya. Tidak terbatas infeksi kepada pasien namun dapat juga kepada petugas kesehatan dan pengunjung yang tertular pada saat berada di dalam lingkungan fasilitas pelayanan kesehatan (Permenkes RI, 2017).

Menurut Darmadi (2008), Nosokomial berasal dari bahasa Yunani dari kata *nosos* yang berarti penyakit dan *komeo* yang berarti merawat. Nosokomion berarti tempat untuk merawat/ rumah sakit. Jadi, Infeksi Nosokomial adalah infeksi yang diperoleh atau terdapat di rumah sakit. Menurut WHO (2014), *Healthcare-Associated Infections* (HAI's) adalah infeksi yang mempengaruhi pasien di rumah sakit atau di fasilitas kesehatan. Infeksi ini tidak muncul ketika pasien awal masuk rumah sakit akan tetapi infeksi ini dapat muncul setelah dari rumah sakit.

Healthcare-Associated Infections (HAI's) adalah infeksi yang terjadi saat menerima perawatan kesehatan di rumah sakit atau fasilitas kesehatan. Infeksi muncul setelah 48 jam atau lebih setelah perawatan atau dalam 30 hari setelah menerima perawatan (Haque, 2018).

2.2.2 Jenis HAIs

Menurut CDC (2010) terdapat empat jenis HAIs, yaitu *central line-associated bloodstream infections* (CLABSI), *catheter-associated urinary tract infections* (CAUTI), *ventilator-associated pneumonia* (VAP) dan *surgical site infections* (SSI).

1. *Central Line Associated Blood Stream Infection* (CLABSI) atau Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) adalah Infeksi yang terjadi pada pasien yang menggunakan alat sentral vena intra vaskuler atau CVC line,

infeksi muncul setelah 48 jam pemasangan alat dan ditemukan tanda atau gejala infeksi yang dibuktikan dengan hasil kultur positif bakteri patogen yang tidak berhubungan dengan infeksi pada organ tubuh yang lain dan bukan infeksi sekunder.

2. *Catheter-associated urinary tract infections (CAUTI)* atau Infeksi Saluran Kemih (ISK) yaitu Infeksi yang terjadi karena pemasangan kateter urin dan melibatkan bagian dari sistem kemih termasuk uretra, kandung kemih dan ureter.
3. *Ventilator-associated pneumonia (VAP)* merupakan infeksi pneumonia yang terjadi setelah 48 jam pemakaian ventilasi mekanik baik pipa endotracheal maupun tracheostomi.
4. *Surgical site infections (SSI)* atau Infeksi Daerah Operasi (IDO) adalah infeksi yang terjadi setelah operasi pada bagian tubuh yang dilakukan operasi.

2.2.3 Pencegahan HAIs

Menurut *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (2018), Pencegahan HAIs dapat dilakukan dengan cara:

1. Memiliki sistem keselamatan dan kualitas untuk pencegahan, surveilans, pengelolaan, dan pengendalian infeksi yang didapat di rumah sakit
2. Memiliki proses untuk menerapkan tindakan pencegahan berbasis standar dan transmisi yang konsisten dengan pedoman praktik terbaik nasional.
3. Mendukung tenaga kerja untuk melakukan pelatihan berkelanjutan yang relevan dengan pencegahan dan pengendalian infeksi yang didapat di rumah sakit.
4. Memastikan bahwa peralatan yang digunakan steril dan sesuai untuk meminimalkan dan mengelola infeksi yang diperoleh di rumah sakit secara efektif.

2.3 Konsep Infeksi Aliran Darah Primer (IADP)/ *Central Line Associated Blood Stream Infection (CLABSI)*

2.3.1 Definisi

Central Line Associated Blood Stream Infection (CLABSI) atau Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) adalah Infeksi yang terjadi pada pasien yang menggunakan alat sentral vena intra vaskuler atau CVC line, infeksi muncul setelah 48 jam pemasangan alat dan ditemukan tanda atau gejala infeksi yang dibuktikan dengan hasil kultur positif bakteri patogen yang tidak berhubungan dengan infeksi pada organ tubuh yang lain dan bukan infeksi sekunder (Permenkes RI, 2017). Sedangkan, Menurut CDC (2010), CLABSI adalah infeksi serius yang terjadi ketika kuman (biasanya bakteri atau virus) memasuki aliran darah melalui saluran sentral. Penyedia layanan kesehatan harus mengikuti prosedur saat memasukkan saluran untuk memastikan saluran tetap steril dan CLABSI tidak terjadi. Gejala CLABSI adalah Demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$, Hipotermia $\leq 36^{\circ}\text{C}$, Hipotensi, Apnoe, Nyeri tekan insersi, Luka insersi kotor dan basah, Pus, Kemerahan sekitar insersi dan ditemukan kuman pada kultur darah.

2.3.2 Faktor Risiko CLABSI

Faktor risiko terjadinya CLABSI yaitu Rawat inap yang lama sebelum pemasangan alat intravaskular, Kolonisasi mikroba berat pada daerah insersi yang mencemari kateter selama insersi dan menyebar di sepanjang jalur kateter, Pemasangan alat CVC yang lama, Kolonisasi mikroba yang berat pada kanula / hub kateter, biasanya sekunder setelah kontaminasi dari tangan petugas layanan kesehatan selama intervensi perawatan seperti injeksi dan Penggunaan antibiotik selama kateterisasi (*Australian Commission on Safety and Quality in Health Care*, 2018).

2.3.3 Pencegahan CLABSI

Menurut Permenkes No.27 tahun 2017, bundles mencegah Infeksi Aliran Darah (IAD), sebagai berikut:

1. Melakukan prosedur kebersihan tangan dengan menggunakan sabun dan air atau cairan antiseptik berbasis alkohol, pada saat antara lain: a) Sebelum dan setelah meraba area insersi kateter. b) Sebelum dan setelah melakukan persiapan pemasangan intra vena. c) Sebelum dan setelah melakukan palpasi area insersi. d) Sebelum dan setelah memasukan, mengganti, mengakses, memperbaiki atau dressing kateter. e) Ketika

- tangan diduga terkontaminasi atau kotor. f) Sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan invasif. g) Sebelum menggunakan dan setelah melepas sarung tangan.
2. Menggunakan Alat Pelindung Diri (APD). Penggunaan APD pada tindakan invasif (tindakan membuka kulit dan pembuluh darah) direkomendasikan pada saat: a) Pada tindakan pemasangan alat intra vena sentral maka APD yang harus digunakan adalah topi, masker, gaun steril dan sarung tangan steril. APD ini harus dikenakan oleh petugas yang terkait memasang atau membantu dalam proses pemasangan central line. b) Penutup area pasien dari kepala sampai kaki dengan kain steril dengan lubang kecil yang digunakan untuk area insersi. c) Kenakan sarung tangan bersih, bukan steril untuk pemasangan kateter intra vena perifer. d) Gunakan sarung tangan baru jika terjadi pergantian kateter yang diduga terkontaminasi. e) Gunakan sarung tangan bersih atau steril jika melakukan perbaikan (dressing) kateter intra vena.
 3. Bersihkan area kulit disekitar insersi dengan menggunakan cairan antiseptik (alkohol 70% atau larutan klorheksidin glukonat alkohol 2-4%) dan biarkan antiseptik mengering sebelum dilakukan penusukan/insersi kateter. Antiseptik adalah zat yang biasa digunakan untuk menghambat pertumbuhan dan membunuh mikroorganisme berbahaya (patogenik) yang terdapat pada permukaan tubuh luar makhluk hidup/jaringan hidup atau kulit untuk mengurangi kemungkinan infeksi. Penggunaan cairan antiseptik dilakukan segera sebelum dilakukan insersi mengingat sifat cairan yang mudah menguap dan lakukan swab dengan posisi melingkar dari area tengah keluar.
 4. Pemasangan kateter vena sentral sebaiknya mempertimbangkan faktor risiko yang akan terjadi dan pemilihan lokasi insersi dilakukan dengan mempertimbangkan risiko yang paling rendah. Vena subklavia adalah pilihan yang berisiko rendah untuk kateternon-tunneled catheter pada orang dewasa.
 5. Observasi rutin kateter vena sentral setiap hari Pasien yang terpasang kateter vena sentral dilakukan pengawasan rutin setiap hari dan segera lepaskan jika sudah tidak ada indikasi lagi karena semakin lama alat intravaskuler terpasang maka semakin berisiko terjadi infeksi.

2.4 Surveilans CLABSI

Menurut Permenkes No.27 tahun 2017, surveilans infeksi aliran darah dilakukan sebagai berikut:

1. Laksanakan surveilans untuk menentukan angka infeksi masing-masing jenis alat, untuk memonitor kecenderungan angka-angka tersebut dan untuk mengetahui kekurangan-kekurangan dalam praktek pengendalian infeksi.
2. Raba dengan tangan (palpasi) setiap hari lokasi pemasangan kateter melalui perban untuk mengetahui adanya pembengkakan.
3. Periksa secara visual lokasi pemasangan kateter untuk mengetahui apakah ada pembengkakan, demam tanpa adanya penyebab yang jelas, atau gejala infeksi lokal atau infeksi bakterimia.
4. Pada pasien yang memakai perban tebal sehingga susah diraba atau dilihat, lepas perban terlebih dahulu, periksa secara visual setiap hari dan pasang perban baru.
5. Catat tanggal dan waktu pemasangan kateter di lokasi yang dapat dilihat dengan jelas.

BAB III METODE KEGIATAN MAGANG

3.1 Lokasi Pelaksanaan Magang

Kegiatan magang dilakukan pada lokasi berikut :

Nama instansi : Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Alamat instansi : Jalan Manyar Kertoadi, Klampis Ngasem, Kecamatan Sukolilo, Kota Surabaya, Jawa Timur

Kode pos : 60116

Nomor Telepon : (031)5924000

3.2 Waktu Pelaksanaan Magang

Pelaksanaan magang dimulai pada tanggal 6 Januari 2020 sampai 7 Februari 2020. Waktu magang disesuaikan dengan jam kerja dan kebijakan yang ada di RSU Haji Surabaya yaitu setiap hari Senin-Jumat. Lama waktu magang setiap hari adalah 7,5 jam mulai pukul 07.00 WIB-15.30 WIB, kecuali pada hari Jumat yaitu pukul 06.15 WIB - 14.30 WIB.

Tabel 3.1 Waktu dan Kegiatan Magang Komite PPI RSU Haji Surabaya

No.	Jenis Kegiatan	Minggu				
		I	II	III	IV	V
1.	Orientasi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dan Orientasi Komite PPI RSU Haji Surabaya					
2.	Mempelajari struktur organisasi serta program yang dilakukan Komite PPI RSU Haji Surabaya					
3.	Mempelajari alur pelaksanaan surveilans HAIs di RSU Haji					
4.	Menentukan salah satu program PPI sebagai topik evaluasi program					
5.	Mempelajari <i>bundle prevention</i> CVC					
6.	Melakukan observasi kelengkapan pengisian <i>bundle prevention</i> pasien terpasang alat CVC di RSU Haji Surabaya					

No.	Jenis Kegiatan	Minggu				
		I	II	III	IV	V
7.	Melakukan wawancara dengan perawat terkait hasil observasi pengisian <i>bundle prevention</i> pasien terpasang alat CVC di RSUD Haji Surabaya					
8.	Penyusunan Laporan Magang					

3.3 Metode Pelaksanaan Magang

Metode pelaksanaan magang yang dilakukan adalah diskusi, wawancara, penelusuran data sekunder, serta membantu dan berpartisipasi langsung terhadap kegiatan yang dijalankan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI). Kegiatan diskusi dengan pembimbing lapangan untuk memperoleh gambaran secara jelas tentang Pencegahan dan Pengendalian Infeksi di RSUD Haji Surabaya. Kegiatan wawancara dilakukan untuk mendapatkan informasi terkait permasalahan tentang pengisian *bundle prevention* CVC. Kegiatan penelusuran data sekunder dilakukan untuk mengetahui cara pengisian *bundle prevention* dan mendokumentasikan kelengkapan pengisian *bundle prevention* pada status rekam medis pasien terpasang alat CVC.

3.4 Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data menggunakan data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara mendalam. Wawancara mendalam (*indepth interview*) merupakan kegiatan tanya jawab yang dilakukan tatap muka dan lisan untuk memperoleh informasi secara langsung berkaitan dengan topik yang diangkat. Adapun dalam melakukan wawancara, terdapat panduan/pedoman yang sifatnya tidak terstruktur sehingga dapat dikembangkan sendiri saat wawancara berlangsung. *Indepth interview* kepada pembimbing lapangan di Komite PPI, perawat dan IPCLN berjumlah 7 orang di ruang Hemodialisis, ICU, Paviliun 4, Paviliun 3, ICCU dan Kepala Ruangan di Shofa 4. Data sekunder diperoleh melalui studi dokumentasi yaitu berupa laporan HAIs dan *bundle prevention* pada rekam medis pasien.

3.5 Output Kegiatan

Output atau keluaran dari kegiatan yang didapat adalah mahasiswa dapat mengetahui program dan kegiatan apa saja yang dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi. Selain itu, mahasiswa juga dapat berpartisipasi langsung

dalam pelaksanaan kegiatan/program dan menemukan permasalahan untuk diteliti lebih lanjut guna menghasilkan rekomendasi perbaikan yang bermanfaat bagi Rumah Sakit Umum Haji Surabaya.

BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN

4.1 Gambaran Umum Komite PPI RSUD Haji Surabaya

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di RSUD Haji Surabaya dilaksanakan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Komite PPI sebelumnya bernama Sub Komite Dalin yang berada di bawah Komite Medik. Sejak diterbitkan SK Direktur RSUD Haji Surabaya pada tahun 2010, Sub Komite Dalin resmi berganti nama menjadi Komite PPI yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD Haji Surabaya.

4.1.1. Tujuan Komite PPI RSUD Haji Surabaya

1) Tujuan Umum

Meningkatkan mutu layanan rumah sakit melalui pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit.

2) Tujuan Khusus

1. Sebagai pedoman bagi petugas rumah sakit dalam membentuk organisasi, menyusun dan melaksanakan, tugas pokok dan fungsi, wewenang, dan tanggung jawab yang berorientasi dalam upaya pencegahan dan pengendalian kejadian infeksi untuk melindungi keselamatan tenaga kesehatan, pasien, penunjang, dan lingkungan rumah sakit.
2. Menggerakkan segala sumber daya yang ada di rumah sakit secara efektif dan efisien dalam pelaksanaan program pencegahan dan pengendalian infeksi.
3. Mencegah dan menurunkan angka kejadian infeksi di rumah sakit secara bermakna.

4.1.2. Visi dan Misi Komite PPI RSUD Haji Surabaya

1. Visi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Mengupayakan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya yang dapat mencegah dan menurunkan angka kejadian infeksi.

2. Misi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

- a. Menyelenggarakan pencegahan infeksi
- b. Menyelenggarakan pengendalian infeksi
- c. Menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan
- d. Menyelenggarakan pemeliharaan fisik dan sarana

- e. Menyelenggarakan surveilans kejadian HAIs (*healthcare associated infections*)
- f. Monitoring penerapan kebijakan PPI

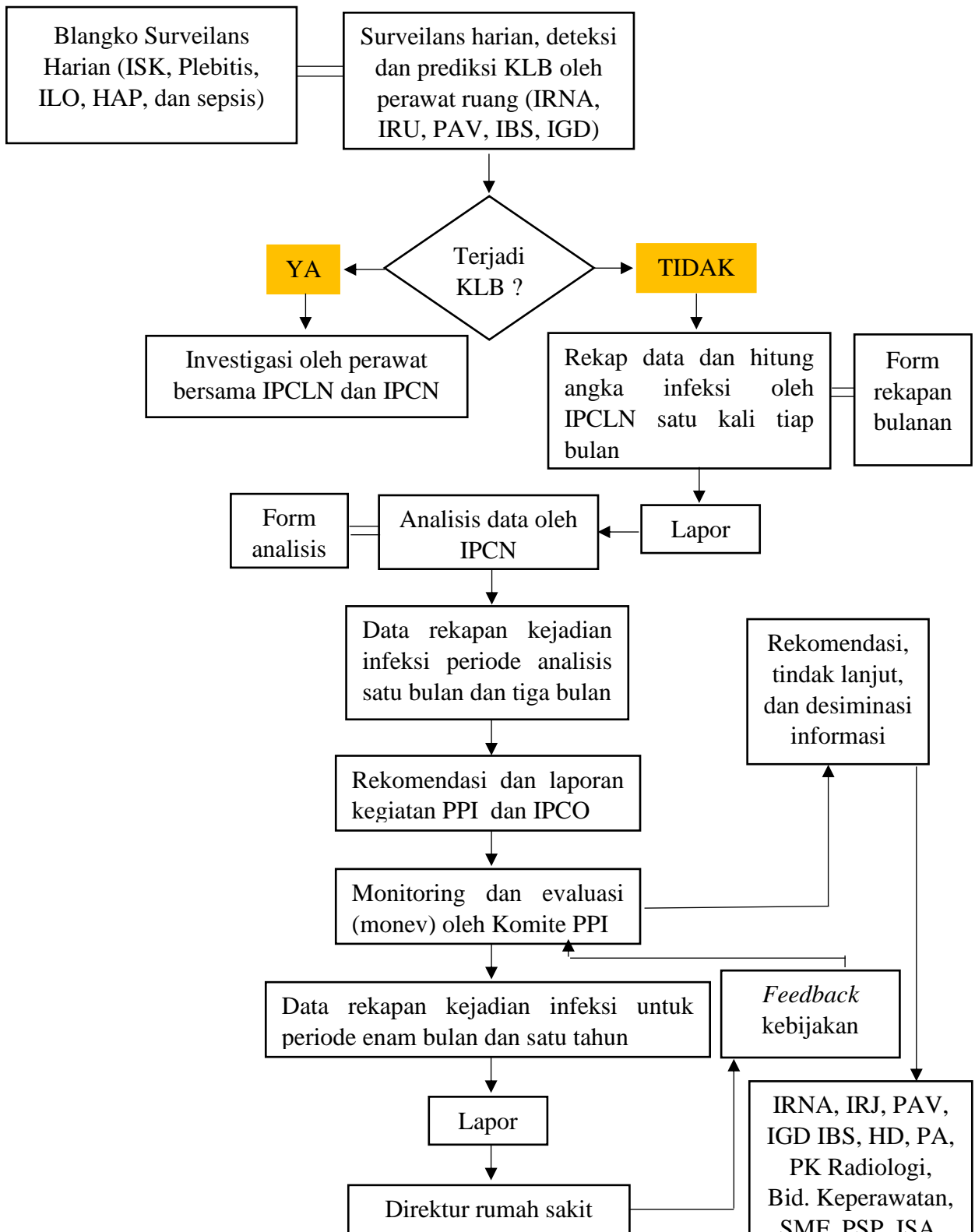
4.1.3. Program PPI di RSUD Haji Surabaya

Berikut ini adalah 5 program besar di unit pencegahan dan pengendalian (PPI) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya:

1. Surveilans HAIs (*Healthcare Associated Infections*)
 - a. Surveilans Blood Stream Infections (BSI)
 - b. Surveilans Chateter Associated Infections (CAUTI)
 - c. Surveilans Ventilator Associated Infection (VAP)
 - d. Surveilans Surgical Site Infections (SSI)
2. Kewaspadaan Isolasi
 - 1) Kewaspadaan Standar
 - a. Monitoring pelaksanaan penempatan pasien
 - b. Melaksanakan program penyuntikan yang aman dan prinsip pemberian terapi IV
 - c. Melaksanakan program etika batuk
 - d. Menyelenggarakan monitoring kepatuhan penggunaan Alat Pelindung Diri (APD)
 - e. Menyelenggarakan pengendalian lingkungan
 - f. Melaksanakan monitoring sterilisasi di RS
 - g. Menyelenggarakan kesehatan karyawan
 - h. Melaksanakan monitoring *hand hygiene*
 - i. Menyelenggarakan pengelolaan linen
 - j. Menyelenggarakan pengelolaan limbah
 - k. Menyelenggarakan sanitasi makanan
 - 2) Kewaspadaan berdasarkan transmisi
 - a. Kewaspadaan transmisi kontak
 - b. Kewaspadaan transmisi droplet
 - c. Kewaspadaan transmisi *airborne*
3. Pencegahan Infeksi
 - a. Penerapan *Bundle Prevention Blood Stream Infection* (BSI)
 - b. Penerapan *Bundle Prevention Chateter Associated Urinary Tract Infection* (CAUTI)

- c. Penerapan *Bundle Prevention Ventilator Associated Infection (VAP)*
- d. Penerapan *Bundle Prevention Surgical Site Infection (SSI)*
- 4. Diklat (Pelatihan dan Pendidikan)
- 5. Penggunaan Antibiotik Rasional

4.1.4. Alur Kegiatan Surveilans di Komite PPI RSUD Haji Surabaya

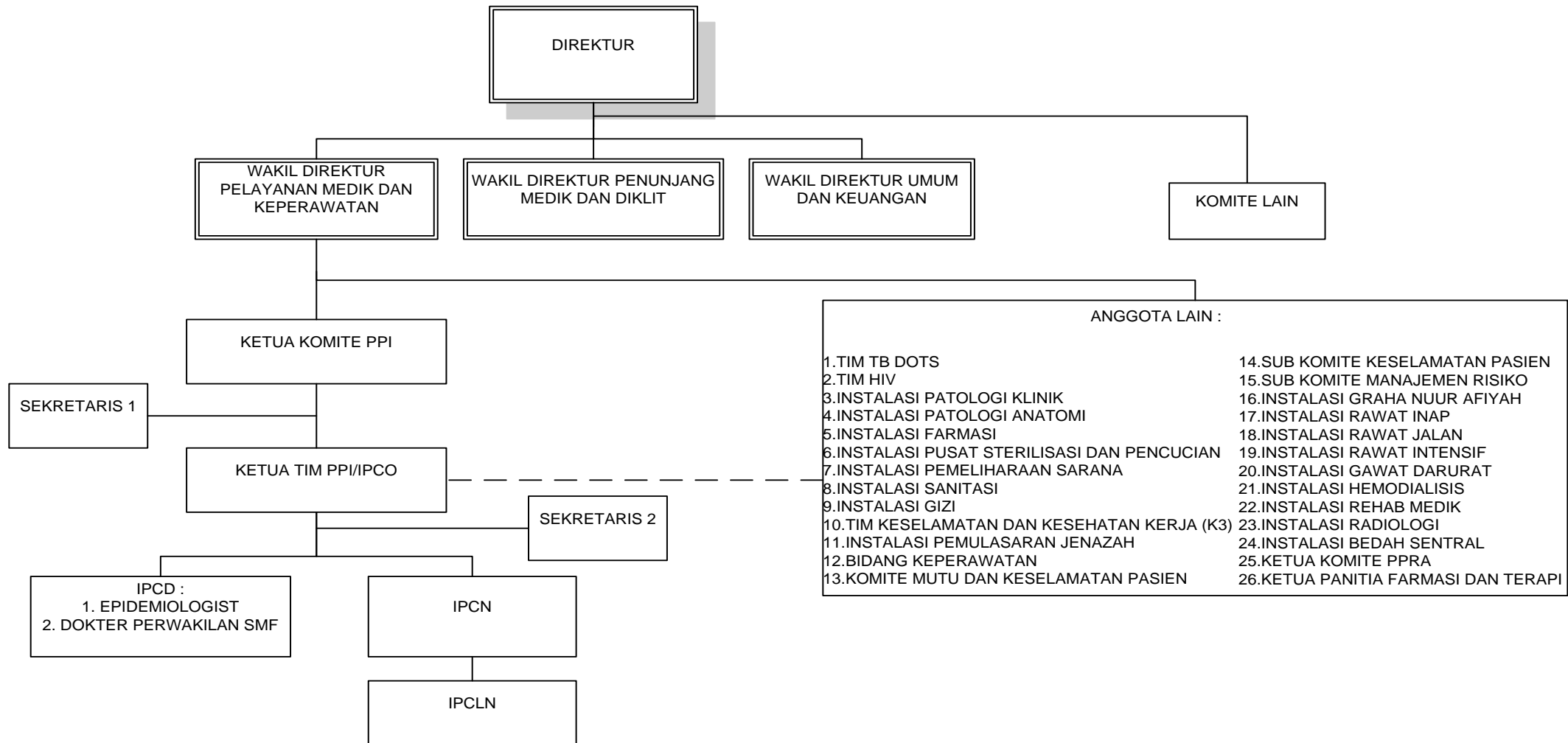


4.1.5. Sasaran Program Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi RSUD Haji Surabaya

Seluruh komunitas RSUD Haji Surabaya yang terdiri dari pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan.

4.1.6. Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

Berdasarkan SK Direktur RSUD Haji Surabaya No. 445 Tahun 2011 tentang Restrukturisasi Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) RSUD Haji Surabaya ditetapkan struktur organisasi Komite PPI RSUD Haji Surabaya yang ditunjukkan oleh bagan sebagai berikut :



Gambar 4.2 Struktur Organisasi Unit Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI)

4.2 Sistem Surveilans BSI di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Kegiatan pencegahan dan pengendalian infeksi di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya dilakukan oleh Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI) RSUD Haji Surabaya yang bertanggung jawab langsung kepada Direktur RSUD Haji Surabaya. Tim PPI RSUD Haji Surabaya dalam pelaksanaannya melakukan surveilans HAI termasuk salah satunya surveilans BSI. Pelaksanaan Surveilans BSI melibatkan *infection prevention and controlling organization (IPCO)*, *infection prevention and controlling nurse (IPCN)*, *infection prevention and controlling link nurse (IPCLN)*, kepala ruangan, perawat dan dokter yang merawat pasien. Surveilans BSI yang dilakukan Tim PPI RSUD Haji meliputi kegiatan pengumpulan data, pengolahan data dan penyajian data, analisis data, interpretasi data, dan diseminasi informasi yang dapat digunakan sebagai evaluasi program pencegahan dan pengendalian infeksi.

a. Pengumpulan data

Pengumpulan data dilakukan secara aktif yaitu dengan menggunakan data primer maupun secara pasif dengan menggunakan data sekunder. Data yang dikumpulkan berupa data angka kejadian yang berkaitan dengan BSI. Sumber data surveilans dapat berasal dari rekam medis catatan perawatan, catatan hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium dan radiologi), farmasi dan pasien atau keluarga pasien. Data yang dikumpulkan berisi tentang informasi sebagai berikut:

- 1) Informasi orang meliputi nama, usia, jenis kelamin dan nomor registrasi.
- 2) Informasi tempat meliputi ruang rawat inap
- 3) Informasi waktu meliputi bulan pemasangan CVC, tanggal MRS, lama hari pemasangan.
- 4) Data infeksi meliputi pencegahan infeksi yang dilakukan, gejala dan hasil pemeriksaan laboratorium.

Adapun instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data surveilans BSI yaitu dengan formulir *bundle prevention CVC* yang terdapat pada rekam medis pasien yang terpasang alat CVC. Berikut ini merupakan komponen yang terdapat dalam formulir *bundle prevention*:

Tabel 4.1 Komponen Formulir *Bundle Prevention* CVC di Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

No	Komponen	Keterangan
1.	Ruang	Ruang pemasangan CVC pada pasien
2.	Bulan	Nama bulan pada waktu pemasangan CVC
3.	Register	Nomor rekam medik pasien yang sedang dirawat pada unit perawatan tertentu dan bulan tertentu.
4.	Tanggal MRS	Tanggal pasien masuk rumah sakit
5.	Usia	Usia pasien pada saat pemasangan CVC
6.	Lama Terpasang	Jumlah hari dari tanggal pemasangan CVC hingga saat dilakukan observasi
7.	Kolom item pencegahan	Berisi 6 item pencegahan BSI yaitu : Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan CVC, Pemasangan dengan teknik aseptik SOP, Desinfeksi hub CVC dengan alkohol 70%, Teknik Aseptik saat injeksi / sambung tubing, Pergantian dressing secara aseptik, Lepaskan infus yang tidak perlu.
8.	Kolom item gejala	Kolom ini berisi keterangan berikut: 0 jika tidak ada tanda-tanda BSI, 1 jika terdapat kuman pada kultur darah, 2 jika terdapat salah satu gejala yaitu demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$, Hipotermia $\leq 36^{\circ}\text{C}$, Hipotensi, Apnoe, Nyeri tekan insersi, Luka insersi kotor dan basah, Pus, dan Kemerahan sekitar insersi.
9.	Kolom Identifikasi BSI	Apabila kolom item gejala terisi nilai 1 atau 2 maka dicurigai BSI
10.	Kolom RTL	Rencana Tindak Lanjut (RTL)

Pengisian formulir *bundle prevention* dilakukan oleh perawat dan IPCLN setiap ruangan yang terdapat pasien terpasang alat CVC. Pasien dipantau setiap hari untuk melihat apabila muncul gejala infeksi. Pada pasien yang menunjukkan gejala infeksi selanjutnya dilakukan konfirmasi oleh IPCN, IPCO, kepala ruangan dan dokter yang merawat dengan menggunakan lembar konfirmasi dan sesegera mungkin dilakukan penatalaksanaan infeksi sesuai dengan standar operasional

prosedur untuk dilakukannya perawatan dan pengobatan. Pasien yang tidak terjadi infeksi akan dilakukan pencatatan setiap hari menggunakan form *bundle prevention* dan setiap bulannya akan di rekap IPCLN untuk dilaporkan ke IPCN.

b. Pengolahan dan penyajian data

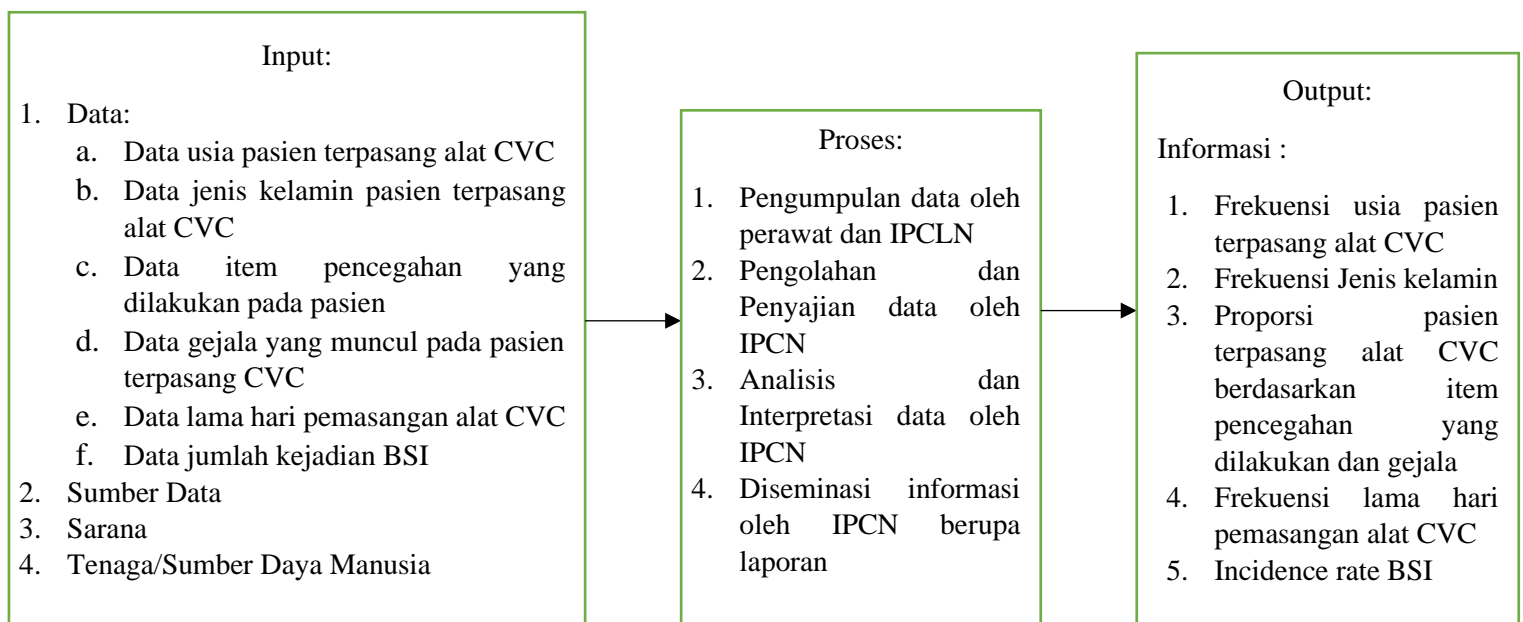
Pengolahan data dilakukan untuk memberikan informasi yang berguna untuk pengendalian BSI. Penyajian data dilakukan untuk memperlihatkan pola dan tren kejadian BSI serta memudahkan analisis dan interpretasi data. Data dapat disajikan dalam tabel, grafik garis, diagram batang dan sebagainya. Pengolahan dan penyajian data di Komite PPI RSUD Haji Surabaya dilakukan IPCN.

c. Analisis dan Interpretasi data

Analisis data dilakukan untuk mendapatkan informasi mengenai masalah BSI untuk dilakukan evaluasi dan investigasi lebih lanjut. Data yang dianalisis selanjutnya diinterpretasikan untuk menetapkan kejadian BSI menjadi masalah atau tidak. Analisis dan interpretasi data di Komite PPI RSUD Haji Surabaya dilakukan setiap 3 bulan sekali 6 bulan sekali dan tahunan oleh IPCN.

d. Diseminasi Informasi

Diseminasi informasi dilakukan setiap 2 minggu sekali oleh IPCN dalam 1 bulan disampaikan ke komite PPI, ketua PPI, IPCLN, dan perawat mengenai hasil kejadian yang didapat selama 1 bulan. Hasil analisis dan interpretasi data akan menghasilkan sebuah laporan berkala, laporan tersebut selanjutnya akan disampaikan kepada direktur rumah sakit setiap 6 bulan sekali.



Gambar 4.3 Sistem Surveilans BSI di RSUD Haji Surabaya berdasarkan Input, Proses dan Output

4.3 Kelengkapan Pengisian Formulir Bundle Prevention CVC di RSUD Haji Surabaya Bulan Januari 2020

Formulir *bundle prevention* merupakan salah satu upaya untuk dilakukannya pencegahan dan pengendalian Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) atau *Blood streamline Infection* (BSI). Selain itu, formulir *bundle prevention* merupakan pedoman yang berbasis bukti yang harus dilaksanakan sebagai upaya pencegahan dan pengendalian infeksi. Setiap pasien yang mempunyai risiko terhadap kejadian HAIs di rumah sakit diidentifikasi melalui surveilans harian yang didokumentasikan pada form yang tersedia. Setiap pasien yang berisiko terjadi HAIs atau pasien yang terpasang CVC didokumentasikan pada formulir *bundle prevention* .

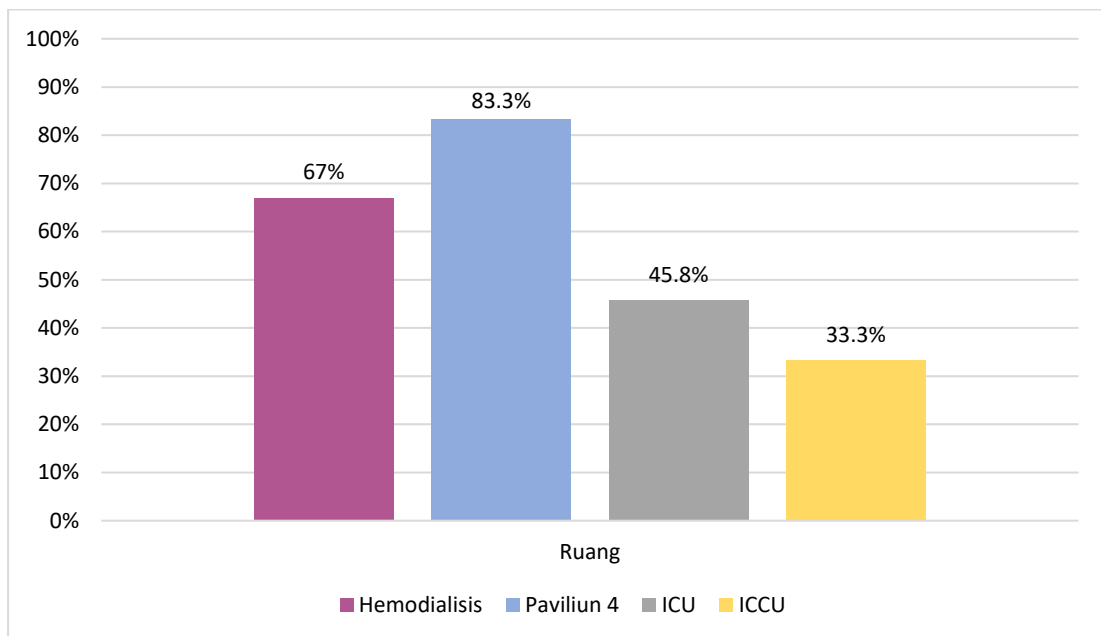
Berikut ini hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian *formulir bundle prevention* yang dilakukan pada bulan Januari 2020 di beberapa ruangan pada rekam medis pasien terpasang alat CVC di RSUD Haji Surabaya :

Tabel 4.2 Kelengkapan pengisian *form bundle prevention CVC* di RSUD Haji Surabaya pada bulan Januari 2020

NO	RUANG	JUMLAH PASIEN	ITEM PENCEGAHAN												Pengisian pada item gejala		TOTAL (%)
			1		2		3		4		5		6		n	%	
			n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%			
1.	Hemodialisis	3	N/A	-	2	67%	2	67%	2	67%	2	67%	2	67%	2	67%	67%
2.	ICU	4	N/A	-	2	50%	1	25%	2	50%	2	50%	2	50%	2	50%	45,8%
3.	Paviliun 4	1	N/A	-	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	1	100%	0	0%	83,3%
4.	ICCU	1	N/A	-	0	0%	0	0%	0	0%	1	100%	0	0%	1	100%	33,3%
Total		9	N/A	-	5	54,25%	4	48%	5	54,25%	6	79,25%	5	54,25%	5	54,25%	57,35%

Berdasarkan tabel 4.2, didapatkan bahwa dari empat ruangan yaitu ruang hemodialisis, ICU, Paviliun 4 dan ICCU diperoleh total sembilan rekam medis dari pasien yang terpasang alat CVC dan didapatkan kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* secara total diperoleh sebesar 57,35% item pencegahan dan gejala terisi. Total dari sembilan rekam medis pasien yang terpasang alat CVC, hanya enam pasien yang terdapat formulir *bundle prevention* pada status rekam medis pasien, sedangkan pada tiga pasien yang terpasang alat CVC tidak ditemukan formulir *bundle prevention* di dalam status rekam medis. Item pencegahan nomor satu adalah cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan CVC, Item pencegahan nomor 2 adalah pemasangan dengan teknik SOP, Item pencegahan nomor tiga adalah Desinfeksi hubungan CVC dengan alkohol 70%, Item pencegahan nomor 4 adalah teknik aseptik saat injeksi/sambung tubing.

Item pencegahan nomor 5 adalah pergantian dressing secara aseptik dan Item pencegahan nomor 6 adalah Lepaskan infus yang tidak perlu. Pada item cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan CVC diberikan keterangan *not applicable* atau N/A, karena tidak melihat secara langsung item pencegahan ini dilakukan. Sedangkan item lainnya dilihat sesuai dari pengisian *form bundle prevention* yang terdapat dalam status rekam medis pasien. Seharusnya seluruh item pencegahan dan gejala dapat terisi 100%. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No.129 tahun 2008 tentang standar pelayanan minimal rumah sakit, dijelaskan bahwa kelengkapan pencatatan atau pengisian bundle prevention memiliki standar minimal 75%. Berdasarkan hal tersebut, bahwa kelengkapan pengisian bundle prevention CVC di Rumah Sakit Haji Surabaya pada bulan Januari tahun 2020 masih dibawah standar minimal 75%.



Gambar 4.4 Grafik kelengkapan pengisian *bundle prevention* CVC di RSU Haji Surabaya pada bulan Januari 2020

Berdasarkan grafik diatas didapatkan bahwa kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CVC di RSU Haji Surabaya pada bulan Januari Tahun 2020 yang terendah adalah ruang ICCU sebesar 33,3%. Kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CVC tertinggi adalah ruang Paviliun 4 sebesar 83%. Secara keseluruhan pengisian *bundle prevention* CVC di RSU Haji Surabaya pada bulan Januari tahun 2020 belum lengkap 100%. Berdasarkan Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No.129 tahun 2008, ruangan Paviliun 4 telah memenuhi standar minimal 75% dengan kelengkapan pengisian sebesar 83%.

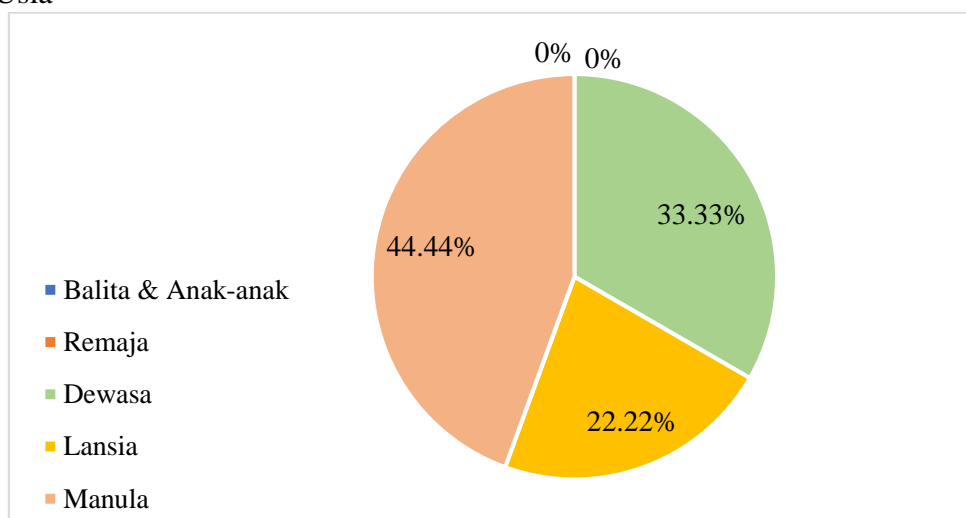
4.4 Kelengkapan Pengisian Formulir Bundle Prevention CVC di RSUD Haji Surabaya Bulan Januari 2020 Berdasarkan Orang

Formulir bundle prevention CVC terdapat informasi terkait usia dan jenis kelamin dari pasien yang terpasang alat CVC. Berdasarkan hasil laporan CDC tahun 2012 dalam *Asia Pacific Society Of Infection Control* atau APSIC (2015), usia dan jenis kelamin tertentu dapat meningkatkan risiko terjadinya CLABSI. Berikut tabel jenis kelamin dan usia berdasarkan pengkategorian usia menurut Depkes tahun 2009 yaitu:

Tabel 4.3 Kategori usia dan jenis kelamin dari pasien terpasang alat CVC pada bulan Januari 2020

No.	Kategori Usia	Jumlah Pasien	Jenis Kelamin		Total (%)
			Laki-Laki	Perempuan	
1.	Balita dan Anak-anak (0-11 tahun)	0	0	0	0%
2.	Remaja (12 - 25 tahun)	0	0	0	0%
3.	Dewasa (26-45 tahun)	3	0	3	33,33%
4.	Lansia (46-65 tahun)	2	1	1	22,22%
5.	Manula (>65 tahun)	4	1	3	44,44%
Total		9	2	7	

1) Usia

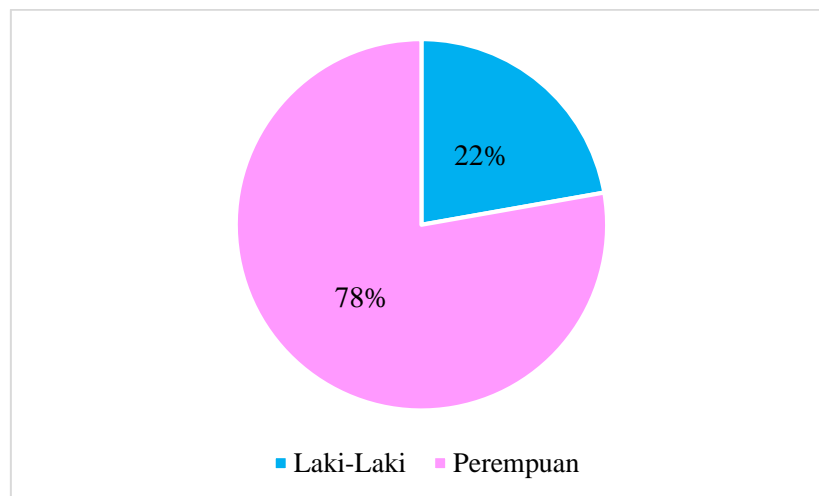


Gambar 4.5 Presentase usia pasien terpasang alat CVC pada bulan Januari 2020

Berdasarkan grafik diatas diperoleh bahwa pasien yang terpasang alat CVC terbanyak yaitu kategori manula berusia >65 tahun yaitu 4 orang, pasien yang terpasang alat CVC berusia dewasa (26-45 tahun) sebanyak 3 orang dan pasien

yang terpasang alat CVC lansia berusia 46-65 tahun sebanyak 2 orang. Tidak ada pasien anak-anak dan remaja berusia dibawah 25 tahun yang terpasang alat CVC. Berdasarkan hasil laporan CDC tahun 2012 dalam *Asia Pacific Society Of Infection Control* atau APSIC (2015), CLABSI yang terjadi di ruang ICU tertinggi adalah pada anak-anak dibandingkan pada orang dewasa. Pada anak-anak kejadian CLABSI yaitu 1,4 hingga 1,1 kasus per 1000 hari pemasangan alat dibandingkan pada orang dewasa yaitu 1,2 hingga 1,0 kasus per 1000 hari pemasangan alat (APSIK,2015). Berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Pawar dkk pada 1314 pasien di *Escort Heart Institute and Research Centre* selama Februari 2001 hingga Agustus 2001 didapatkan bahwa pasien dengan usia diatas 60 tahun lebih banyak mengalami CLABSI (Pawar,2004). Hasil tersebut juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Pepin dkk, pada 4011 pasien terpasang alat CVC di 6 ruang ICU University of Maryland Medical Center (UMMC) pada bulan Juli 2010 hingga Desember 2012, didapatkan hasil bahwa pasien yang mengalami BSI rata-rata berusia 57 tahun (Pepin,2015).

2) Jenis Kelamin



Gambar 4.5 Presentase jenis kelamin pasien terpasang alat CVC pada bulan Januari 2020

Berdasarkan grafik diatas diperoleh bahwa pasien yang terpasang alat CVC terbanyak adalah pasien dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 7 orang atau sekitar 78%. Pasien terpasang alat CVC dengan jenis kelamin laki-laki hanya 2 orang dari total pasien 9 orang atau sekitar 22%. Berdasarkan hasil laporan CDC tahun 2012 dalam *Asia Pacific Society Of Infection Control* atau APSIC (2015), risiko terjadinya CLABSI lebih tinggi pada jenis kelamin laki-laki dibandingkan

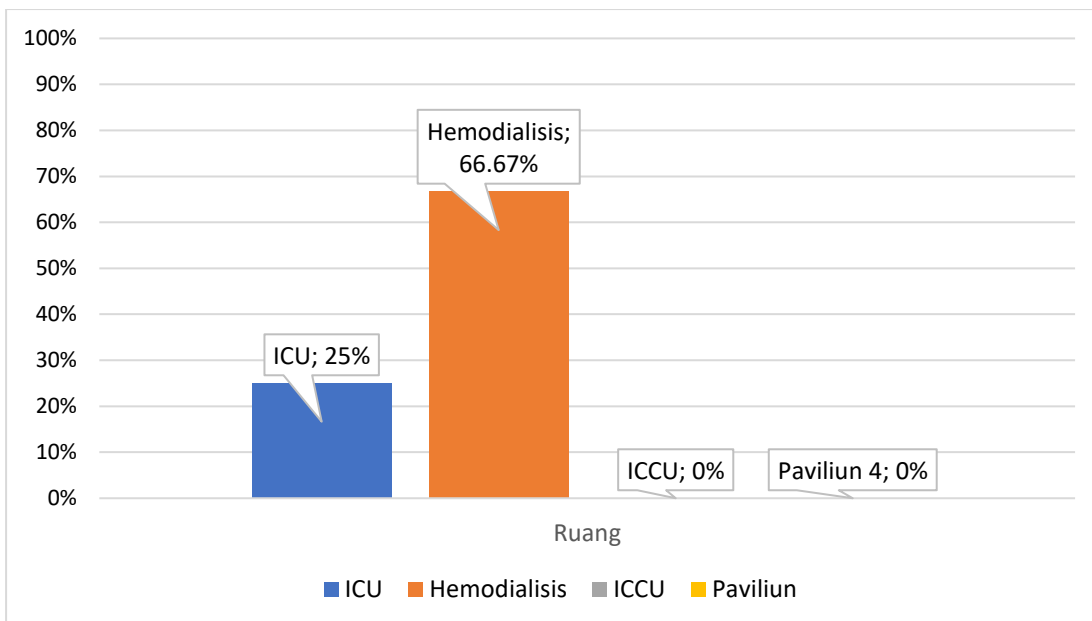
perempuan. Hal ini bersesuaian dengan penelitian yang dilakukan oleh Pawar dkk di pada 1314 pasien di *Escort Heart Institute and Research Centre* selama Februari 2001 hingga Agustus 2001 didapatkan hasil bahwa pasien dengan jenis kelamin laki-laki lebih banyak mengalami CLABSI dibandingkan pasien perempuan.

4.5 Kelengkapan Pengisian Formulir Bundle Prevention CVC di RSUD Haji Surabaya Bulan Januari 2020 Berdasarkan Tempat

Tabel 4.4 Kelengkapan pengisian formulir bundle prevention CVC di RSUD Haji Surabaya berdasarkan tempat pada bulan Januari 2020

No.	Ruang	Jumlah pasien	Lengkap		Tidak Lengkap	
			n	%	n	%
1.	ICU	4	1	25%	3	75%
2.	Hemodialisis	3	2	66,67%	1	33,33%
3.	Paviliun 4	1	0	0%	1	100%
4.	ICCU	1	0	0%	1	100%
Total		9	3	33,33%	6	66,67%

Berdasarkan tabel 4.3, dikatakan lengkap jika telah terisi keseluruhan yaitu item pencegahan dan item gejala, apabila terdapat 1 item tidak terisi maka tidak lengkap. Berdasarkan hal tersebut, didapatkan dari 4 ruang yaitu ICU, Hemodialisis, Paviliun 4 dan ICCU kelengkapan pengisian formulir bundle prevention CVC pada bulan Januari tahun 2020 diperoleh sebesar 33,33% atau dari total 9 formulir hanya 3 formulir terisi lengkap. Sedangkan 6 formulir bundle prevention tidak terisi secara lengkap. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Khalil pada 110 pasien di ICCU Rumah Sakit *National Heart Institute* pada bulan Agustus 2017 hingga Februari 2018 didapatkan hasil bahwa kelengkapan pengisian dan pelaksanaan bundle berdasarkan CDC selama pemasangan dan perawatan CVC penting dilakukan, diperoleh bahwa pada pasien yang mengalami BSI sekitar 60% dari item bundle tidak diterapkan (Khalil,2018).

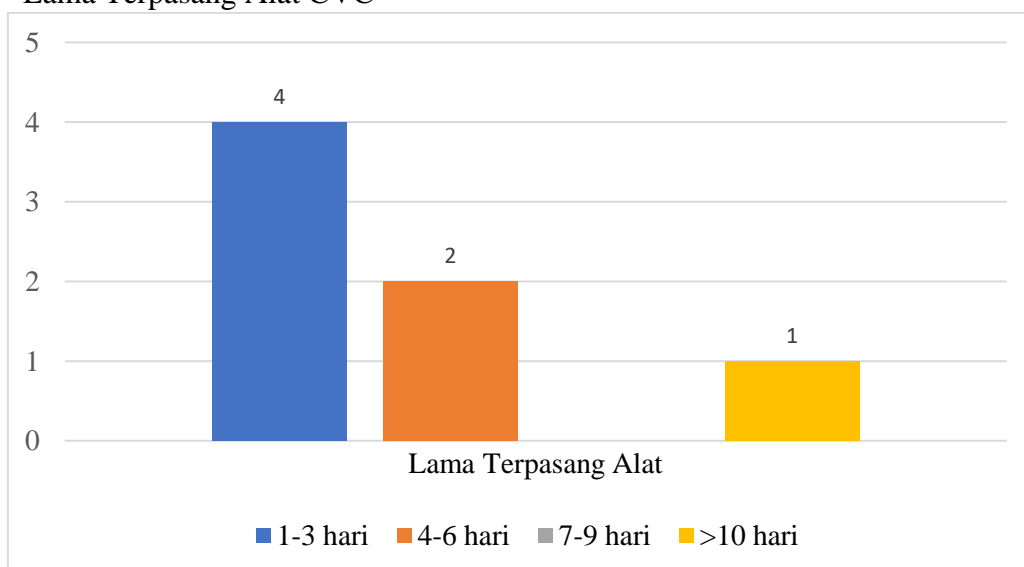


Grafik 4.7 Kelengkapan pengisian formulir bundle prevention CVC di RSUD Haji Surabaya berdasarkan tempat pada bulan Januari 2020

Berdasarkan grafik diatas diketahui bahwa ruang hemodialisis merupakan ruang dengan kelengkapan pengisian formulir bundle prevention CVC tertinggi sebesar 66,67% pada bulan Januari 2020. Sedangkan kelengkapan pengisian terendah adalah di ruang ICCU dan Paviliun 4 sebesar 0%. Berdasarkan Menurut Keputusan Menteri Kesehatan No.129 tahun 2008, tidak ada ruangan yang telah memenuhi standar minimal 75% dalam kelengkapan pengisian.

4.6 Kelengkapan Pengisian Formulir Bundle Prevention CVC di RSUD Haji Surabaya Bulan Januari 2020 Berdasarkan Waktu

1) Lama Terpasang Alat CVC



Grafik 4.11 Evaluasi kelengkapan pengisian bundle prevention berdasarkan lama hari terpasang alat CVC

Berdasarkan hasil penelusuran data sekunder diperoleh bahwa lama hari terpasang terpasang alat CVC terlama adalah 13 hari pada satu pasien. Dua pasien telah terpasang alat CVC selama 6 hari dan 4 pasien terpasang alat CVC selama 1-3 hari. Berdasarkan *Asia Pacific Society Of Infection Control (APSIC, 2015)* dilaporkan bahwa lama hari pasien dirawat saat sebelum pemasangan CVC dan lama terpasang alat CVC meningkatkan risiko terjadinya CLABSI. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Bicudo dkk pada 560 pasien terpasang CVC di 6 ruang ICU dari tiga Rumah Sakit di Sao Paulo, Brazil selama Oktober 2005 hingga Desember 2006 didapatkan hasil bahwa pasien yang terpasang alat CVC lebih dari 13 hari berisiko 3 kali lebih tinggi mengalami BSI dibandingkan pasien yang terpasang alat CVC kurang dari 13 hari (Bicudo, 2011).

4.7 Masalah Pelaksanaan Surveilans BSI di RSUD Haji Surabaya

Berdasarkan hasil penelusuran data sekunder kelengkapan pengisian formulir *bundle prevention* CVC dan hasil wawancara dengan perawat di beberapa ruangan Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, didapatkan beberapa list permasalahan terkait pengisian formulir *bundle prevention* CVC yaitu :

- a. Ketidapatuhan dari perawat dalam pengisian *bundle prevention* CVC (tidak lengkap dalam pengisian).
- b. Kesadaran dari perawat dalam pengisian *bundle prevention* masih kurang (tidak adanya *bundle prevention* CVC dalam status pasien terpasang CVC).
- c. Pengawasan IPCLN dan kepala ruangan terhadap pengisian formulir *bundle prevention* belum dilakukan secara rutin.
- d. Sosialisasi tentang pengaplikasian *bundle prevention* CVC di aplikasi *Healthy Plus* belum dilakukan pada semua perawat.

4.8 Penentuan Prioritas Masalah

Berdasarkan list masalah yang telah ditemukan di dalam pelaksanaan surveilans BSI di RSUD Haji Surabaya, dari sekian asal akan ditentukan prioritas masalah. Penentuan skala prioritas masalah menggunakan metode USG (*Urgency, Seriousness, and Growth*) dimana *urgency* adalah seberapa mendesak sebuah masalah, *seriousness* yaitu seberapa serius sebuah masalah apabila terjadi penundaan masalah sedangkan

growth adalah kemungkinan masalah tersebut semakin berkembang apabila dibiarkan. Penilaian menggunakan skala likert 1-5 dengan nilai sebagai berikut: 1= sangat kecil, 2 = kecil, 3 = sedang, 4 = besar, 5 = sangat besar. Hasil skoring terbanyak akan menjadi prioritas pertama berdasarkan urutan ranking. Berikut hasil skoring masalah yang diangkat dalam pelaksanaan Surveilans BSI di RSUD Haji Surabaya:

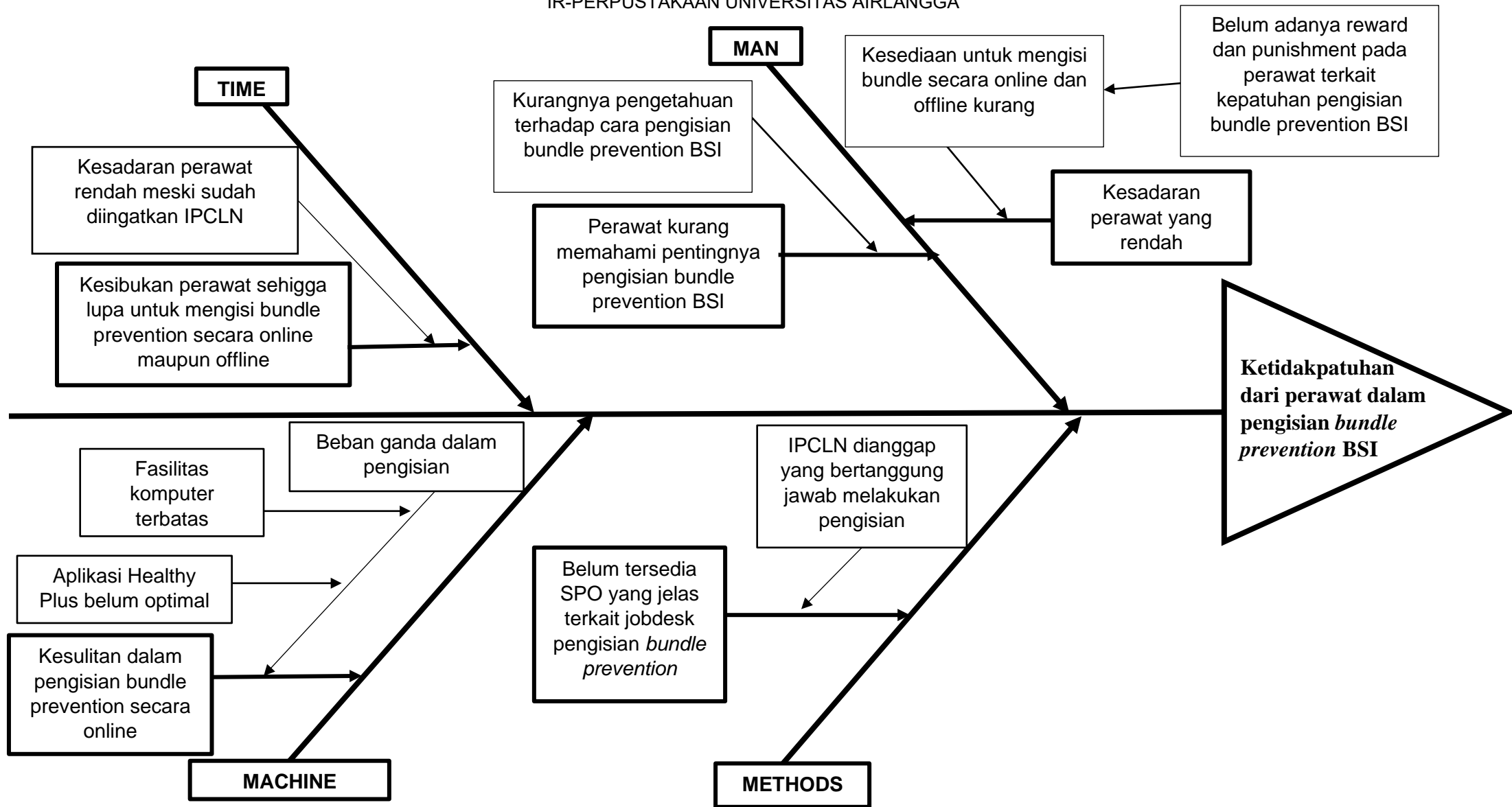
Tabel 4.5 Penentuan Prioritas Masalah dengan metode USG

No.	Responden	Kategori USG	Masalah			
			A	B	C	D
1.	IPCN 1	<i>Urgency</i>	5	4	2	2
		<i>Seriousness</i>	4	4	3	2
		<i>Growth</i>	5	4	3	2
2.	IPCN 2	<i>Urgency</i>	4	4	4	3
		<i>Seriousness</i>	4	3	4	3
		<i>Growth</i>	4	5	5	3
3.	Mahasiswa 1	<i>Urgency</i>	5	4	3	4
		<i>Seriousness</i>	5	5	4	4
		<i>Growth</i>	3	4	3	5
Total			39	37	31	28
Prioritas Masalah			1	2	3	4

Berdasarkan hasil skoring menggunakan metode USG di dapatkan prioritas masalah utama yaitu ketidakpatuhan dari perawat dalam pengisian *bundle prevention* CVC (tidak lengkap dalam pengisian).

4.9 Penentuan Penyebab Masalah

Berdasarkan prioritas masalah yang ditentukan menggunakan metode USG maka digunakan diagram fishbone untuk mengetahui penyebab masalah. Berikut ini merupakan hasil fishbone berdasarkan prioritas masalah dalam pelaksanaan surveilans BSI di RSUD Haji Surabaya:



Gambar 4.13 Diagram fishbone Ketidakpatuhan pengisian *bundle prevention* CVC

a. Man

- 1) Perawat kurang memahami pentingnya pengisian *bundle prevention* BSI. *Bundle prevention* merupakan upaya untuk pencegahan HAIs terutama agar tidak terjadi infeksi aliran darah primer atau BSI pada pasien terpasang alat CVC.
- 2) Kurangnya pengetahuan terhadap cara pengisian *bundle prevention* dari beberapa perawat. Hal ini didapatkan ketika melakukan *indepth interview* sehingga menimbulkan ketidakpatuhan pengisian *bundle prevention* secara lengkap dan sesuai dengan keadaan pasien.
- 3) Kesadaran perawat yang rendah sehingga tidak dilakukan pengisian *bundle prevention* sesuai kondisi pasien dan diisi secara idem.
- 4) Kesiediaan pengisian *bundle prevention* secara online dan offline masih kurang. Hal ini karena belum adanya sistem reward dan punishment pada perawat terkait kepatuhan pengisian *bundle prevention* CVC.

b. Time

- 1) Kesibukan perawat sehingga lupa untuk mengisi *bundle prevention* secara online maupun offline. Kesibukan yang dimaksud adalah harus melakukan perawatan yang lain. Berdasarkan *indepth interview* dengan perawat, perawat mengeluhkan terkait pekerjaan yang terlalu banyak sehingga terkadang tidak memiliki waktu melakukan pengisian.
- 2) IPCLN sudah sering mengingatkan untuk mengisi *bundle prevention* akan tetapi masih ada yg belum mengisi atau dilakukan pengisian tetapi tidak sesuai dengan kondisi pasien.

c. Machine

- 1) Kesulitan dalam pengisian *bundle* secara online yaitu dengan aplikasi *Healthy Plus* disampaikan oleh beberapa perawat. Hal ini karena belum semua memahami cara pengisian secara online.
- 2) Beban ganda dalam pengisian yang dimaksud adalah karena perawat harus mengisi *bundle prevention* secara online dan offline. Pada beberapa ruangan di RSUD Haji Surabaya belum mampu menerapkan pengisian keduanya karena di rasa tidak efektif.
- 3) Fasilitas komputer terbatas, karena aplikasi *Healthy Plus* hanya ada di 1 komputer dalam setiap ruangan sehingga harus bergantian dalam melakukan pengisian.

- 4) Aplikasi *Healthy Plus* belum optimal karena hasil output dari aplikasi ini hanya terlihat ada infeksi atau tidak ada infeksi sehingga hasil output tidak bisa dianalisis lebih lanjut dan tidak bisa langsung digunakan sebagai pengumpulan data ke PPI. IPCLN ruangan tetap harus melakukan perekapan kembali dalam Ms.excel.

d. **Methods**

- 1) Belum tersedia SPO yang jelas terkait jobdesk pengisian *bundle prevention*. Pada setiap ruangan berbeda, bergantung dari kebijakan ruangan. Terdapat ruangan yang dilakukan oleh IPCLN dan ada ruangan yang dilakukan oleh perawat sesuai dengan MAKP (Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional).
- 2) IPCLN ruangan dianggap yang bertanggung jawab dalam pengisian. Hal ini menyebabkan perawat mengandalkan IPCLN untuk melakukan pengisian. Sehingga apabila IPCLN tidak sedang bertugas, maka pengisian *bundle prevention* tidak dilakukan maka perlu adanya monitoring.

4.10 Alternatif Pemecahan Masalah

Berdasarkan didapatkan beberapa penyebab masalah yang terjadi terkait dengan ketidakpatuhan pengisian *bundle prevention* CVC di RSUD Haji Surabaya maka alternatif pemecahan masalah yang dapat direkomendasikan terkait dengan ketidakpatuhan pengisian *bundle prevention* CVC di RSUD Haji Surabaya adalah program peningkatan pengisian *bundle prevention* CVC.

- a. Nama Kegiatan : Program Peningkatan Pengisian *Bundle Prevention* CVC
- b. Tujuan Kegiatan :
 - 1) Tujuan umum : Menurunkan angka kejadian BSI di RSUD Haji Surabaya dengan meningkatkan pengisian *bundle prevention* CVC.
 - 2) Tujuan Khusus :
 - a) Memberikan edukasi kepada perawat cara pemasangan CVC sesuai prosedur dalam upaya pencegahan BSI.
 - b) Memberikan edukasi kepada perawat cara pengisian *bundle prevention* CVC secara online dan offline
 - c) Meningkatkan kepatuhan perawat dalam pengisian *bundle prevention* CVC secara online dan offline.
 - d) Meningkatkan kepatuhan perawat dalam pemasangan CVC secara baik dan benar sesuai dengan *bundle prevention* CVC

- e) Meningkatkan kewaspadaan perawat, IPCLN dan kepala ruangan terhadap kejadian BSI di RSUD Haji Surabaya.
- 3) Sasaran Kegiatan: Kegiatan ini ditujukan untuk perawat dan IPCLN di RSUD Haji Surabaya terutama di ruangan dengan pasien terpasang alat CVC seperti ICU, ICCU, Hemodialisis.
- 4) Penyusunan Kegiatan :

Tabel 4.4 Penyusunan Kegiatan

NO.	KEGIATAN POKOK	RINCIAN KEGIATAN	CARA MELAKSANAKAN KEGIATAN	TARGET
1.	Peningkatan pengetahuan perawat terkait pemasangan CVC dengan benar dan pengisian bundle prevention CVC	Re-sosialisasi pemasangan CVC dengan benar dan pengisian bundle prevention CVC	1) Menyiapkan media sosialisasi berupa: lembar bundle prevention, Powerpoint materi tentang cara pemasangan CVC dengan baik dan benar, manfaat pengisian bundle prevention dan cara pengisian bundle prevention CVC sesuai kondisi pasien. 2) Melakukan pre-test dan post-test	Pemahaman perawat akan cara pemasangan CVC dan pengisian meningkat. Kelengkapan pengisian bundle prevention meningkat mencapai 100%.
2.	Membentuk tim monitoring pengisian bundle prevention CVC	Menyiapkan SDM yang bersedia menjadi volunteer untuk tim monitoring Pembekalan untuk tim monitoring terkait pemasangan CVC dengan benar dan cara pengisian bundle prevention CVC	Mengumpulkan volunteer yang diambil dari IPCLN dan perawat yang telah dipilih oleh Komite PPI RSUD Haji Surabaya. Menyiapkan media pembekalan berupa: lembar bundle prevention, Print out materi tentang cara pemasangan CVC, Powerpoint materi tentang cara pemasangan CVC dengan baik dan benar, manfaat pengisian	Tim yang terbentuk dapat berjalan sesuai dengan tugas dan fungsinya. Komitmen tim dapat terus terjaga sehingga program dapat berjalan secara terus menerus.

			bundle prevention dan cara pengisian bundle prevention CVC sesuai kondisi pasien.	
		Menyiapkan jadwal monitoring	Membuat dan mengatur jadwal monitoring	
3.	Sistem reward dan punishment sebagai alat motivasi dalam pengisian bundle prevention	Membuat sistem reward dan punishment yang sesuai dengan sistem di RSUD Haji Surabaya	1) Mengusulkan pembuatan sistem <i>reward</i> dan <i>punishment</i> 2) Menyusun sistem <i>reward</i> dan <i>punishment</i> terkait pengisian <i>bundle prevention</i> 3) Melakukan sosialisasi sistem <i>reward</i> dan <i>punishment</i> terkait pengisian bundle prevention	Terbentuk dan terlaksananya sistem reward dan punishment.
.4.	Revisi SPO terkait pengisian bundle prevention CVC	Memperbaiki SPO terkait jobdesk perawat dalam pengisian bundle prevention CVC	1) Memperbaiki SPO terkait jobdesk perawat dalam pengisian bundle prevention CVC sesuai Manajemen Asuhan Keperawatan Professional (MAKP) 2) Melakukan sosialisasi perbaikan SPO	Terlaksananya pengisian bundle prevention oleh semua perawat sesuai dengan SPO

4.11 Kegiatan Selama Magang

1. Pembekalan dan Orientasi RSUD Haji Surabaya

- a. Waktu Kegiatan : Senin, 6 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Aula Roudhoh RSUD Haji Surabaya
- c. Rincian Kegiatan :

Pembekalan dan Orientasi dilakukan setelah apel pagi yaitu di Aula Roudhoh lantai 8 Rumah Sakit Umum Haji Surabaya. Orientasi diawali dengan sambutan oleh salah satu wakil direktur RSUD Haji Surabaya dan

perkenalan dari beberapa universitas yang juga melaksanakan magang ataupun praktek kerja lapangan. Pembekalan diberikan oleh beberapa pemateri yang juga merupakan pegawai di RSUD Haji. Materi pembekalan yang disampaikan diantaranya adalah mengenai Profil RSUD Haji Surabaya, Jam kerja, Patient Safety, Momen cuci tangan, serta materi dari pengendalian dan pencegahan infeksi (PPI).

2. Membantu membuat formulir ceklist Bundle prevention BSI

- a. Waktu Kegiatan : Kamis, 9 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Pembuatan formulir ceklist bundle prevention BSI dilakukan karena di Komite PPI belum tersedia ceklist tersebut. Ceklist tersebut berguna ketika melihat kelengkapan pengisian formulir surveilans IADP ketika IPCN melakukan supervisi. Ceklist bundle prevention BSI dibuat berdasarkan formulir surveilans IADP. Ceklist bundle prevention BSI memuat informasi terkait bulan dilakukan supervisi, ruangan yang dilakukan supervisi, nama pasien, usia, register, tanggal masuk rumah sakit, lama pemasangan alat CVC, item pencegahan, gejala BSI dan keterangan rencana tindak lanjut. Ceklist tersebut dapat menjadi bukti dilakukannya supervisi oleh IPCN serta dapat melihat item pencegahan telah dilakukan dengan baik di semua ruangan atau belum.

3. Pembelajaran dalam pengisian bundle prevention secara offline dan online

- a. Waktu Kegiatan : Jum'at, 10 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Al-Aqsha 5 (Ruang Jantung) dan ruang hemodialisis
- c. Rincian Kegiatan :

Pembelajaran terkait pengisian bundle prevention secara offline dan online dibimbing langsung oleh Bapak Dwiono Mudjianto selaku IPCN dan dosen pembimbing lapangan. Pembelajaran pengisian secara offline dimulai dari perkenalan terkait formulir bundle prevention serta item pencegahan dan gejala yang muncul apabila terjadi infeksi terutama BSI. Pengisian bundle secara offline dilakukan oleh perawat. Pada beberapa ruangan terkait pengisian bundle belum seragam, terdapat ruangan yang pengisian dilakukan oleh

IPCLN dan terdapat ruangan yang pengisian bundle prevention disesuaikan dengan MAKP. Pengisian bundle prevention dilakukan setiap hari.

Pengisian bundle prevention secara online dilakukan di aplikasi Healthy Plus. Healthy plus merupakan aplikasi yang dikembangkan dan digunakan oleh Rumah Sakit Haji Surabaya. Pada aplikasi memudahkan perawat dalam pengisian bundle prevention karena nama pasien, usia telah terinput otomatis. Tampilan dari aplikasi Healthy Plus terdapat pada lampiran. Akan tetapi kendala dalam pengisian secara online adalah terbatasnya komputer yang tersedia pada masing-masing ruangan serta belum semua perawat memahami cara pengisian secara online.

4. Membantu mengerjakan Laporan HAIs Tahun 2019

- a. Waktu Kegiatan : Jum'at, 10 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Laporan HAIs tahun 2019 diperoleh dari hasil rekapan tiap bulan terkait jumlah HAIs yang terjadi di RSUD Haji Surabaya selama tahun 2019. Laporan HAIs tahun 2019 yang dikerjakan memuat informasi terkait jumlah kejadian HAIs di RSUD Haji Surabaya tahun 2019. Infeksi yang termasuk HAIs yaitu Infeksi Daerah Operasi atau IDO, Infeksi Saluran Kemih (ISK), Infeksi Aliran Darah Primer (IADP) serta *Ventilator Associated Pneumonia* (VAP). Laporan HAIs juga berisi terkait angka kejadian berdasarkan variabel waktu dan tempat kejadian HAIs pada tiap jenis infeksi HAIs. Pada infeksi IDO ditambahkan variabel kategori operasi, analisis kejadian IDO berdasarkan NNIS Risk Index dan CATS (Clipper, Antibiotics, Temperature, Sugar),

5. Membuat formulir bundle prevention Surveillance IADP di Epi Info

- a. Waktu Kegiatan : Selasa, 14 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Pembuatan formulir bundle prevention surveillance IADP di Epi Info bertujuan untuk mempermudah dalam mengumpulkan dan menganalisis hasil surveilans. Hal ini karena pengisian secara online di aplikasi Healthy plus terkendala pada keterbatasan sarana komputer dimana hanya ada 1 komputer yang tersedia healthy plus dan output aplikasi tersebut belum optimal karena

tidak dapat dilakukan analisis lebih lanjut. Pembuatan form dan field pada epi info disesuaikan dengan formulir bundle prevention surveilans IADP offline yang telah digunakan. Selanjutnya adalah melakukan check code pada bagian tertentu seperti usia pasien, lama pemasangan alat dan hasil Infeksi atau tidak berdasarkan item pencegahan serta gejala. Uji coba dilakukan dengan melakukan enter data dan check code telah berhasil. Selanjutnya dilakukan penginstallan epi info di salah satu laptop IPCLN di ruang hemodialisis dan IPCLN diajarkan cara mengoperasikan aplikasi serta cara pengisian formulir melalui epi info.

6. Berpartisipasi dalam briefing terkait SPO, alur pembuangan limbah dan pengisian ceklist pembuangan limbah

- a. Waktu Kegiatan : Kamis, 16 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Taman Firdaus RSUD Haji Surabaya
- c. Rincian Kegiatan :

Briefing terkait SPO, alur pembuangan limbah dan pengisian ceklist pembuangan sampah diikuti oleh seluruh cleaning service yang bertugas. Materi disampaikan oleh Komite PPI dan Bagian Sanitasi RSUD Haji Surabaya. Briefing dilakukan sebagai upaya untuk meningkatkan kepatuhan dari cleaning service dalam pembuangan limbah secara baik dan benar. Berikut adalah hasil notulensi briefing yang dilakukan :

- 1) Proses pengelolaan limbah: Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam proses pengelolaan limbah yaitu APD, Cuci Tangan, Jam pembuangan di TPS, Benda Tajam, Benda Infeksius dan Benda non Infeksius.
- 2) Ceklist pembuangan sampah : Ceklist berfungsi sebagai bukti bahwa proses pembuangan limbah telah dilakukan. Ceklist sudah terdapat di buku Limbah. Lakukan dokumentasi setelah melakukan pembuangan. Lakukan penimbangan dan catat di ceklist berapa kilogram benda tajam, benda infeksius, dan benda non infeksius. Jika telah terisi, minta tanda tangan Kepala Ruangan. Apabila Kepala Ruangan tidak ada, minta tanda tangan yang lain. Ceklist yang sudah dikumpulkan akan menjadi feedback untuk semua ruangan.

7. Membantu mengerjakan Laporan Kepatuhan APD Tahun 2019

- a. Waktu Kegiatan : Selasa, 21 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI

c. Rincian Kegiatan :

Laporan Kepatuhan APD diperoleh dari hasil rekapan tiap bulan yang dikumpulkan kepada IPCN terkait kepatuhan penggunaan APD oleh petugas di RSUD Haji Surabaya yang selama tahun 2019. Laporan Kepatuhan APD memuat informasi terkait angka kepatuhan penggunaan APD berdasarkan variabel waktu dan variabel tempat. Selain itu juga memuat informasi hasil kepatuhan dalam pelaporan audit penggunaan APD berdasarkan waktu dan tempat.

8. Membantu acara persiapan kenaikan jenjang karir PK 3

- a. Waktu Kegiatan : Jum'at, 24 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Ruang serambi mekkah RSUD Haji Surabaya
- c. Rincian Kegiatan :

Acara persiapan kenaikan jenjang karir PK 3 diikuti oleh perawat PK 2 yang akan naik jenjang. Acara ini merupakan pembekalan bagi perawat PK 2. Salah satu pembekalan yang diberikan adalah terkait dengan pencegahan dan pengendalian infeksi (PPI). Materi terkait pencegahan dan pengendalian infeksi disampaikan oleh Bu Sulistyorini selaku IPCN di Komite PPI. Pada acara tersebut saya dan teman-teman membantu dalam menyiapkan, mendistribusikan formulir bundle prevention IDO, CAUTI, VAP, BSI, Phlebitis, formulir kepatuhan APD kepada seluruh perawat yang mengikuti acara tersebut serta mendokumentasikan kegiatan yang dilaksanakan.

9. Membantu mengerjakan Laporan Hasil Supervisi Laundry dan CSSD

- a. Waktu Kegiatan : Rabu, 29 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Laporan hasil supervisi laundry dan CSSD diperoleh dari supervisi yang dilakukan oleh Bu Sulistyorini selaku IPCN di RSUD Haji Surabaya. Laporan supervisi di laundry dan CSSD berisi informasi terkait permasalahan yang ditemukan ketika dilakukan supervisi seperti ketidakpatuhan dalam pengelolaan linen dan lain sebagainya. Selain itu juga memuat usulan perbaikan terkait masalah yang ada, waktu kegiatan, penanggung jawab yang

melakukan kegiatan perbaikan tersebut serta bukti proses pelaksanaan perbaikan yang telah dilakukan.

10. Membantu mengerjakan Panduan Penempatan Pasien

- a. Waktu Kegiatan : Jum'at, 31 Januari 2020
- b. Tempat Kegiatan : Komite PPI
- c. Rincian Kegiatan :

Penempatan pasien termasuk dalam Kewaspadaan Standar. Kewaspadaan standar merupakan salah satu program dari komite PPI yang termuat juga dalam elemen penilaian PPI 8. Oleh karena dibuat panduan penempatan pasien yang berisi tentang definisi penempatan pasien, tata laksana penempatan pasien, kategori rekomendasi, kewaspadaan berdasarkan transmisi (kontak, droplet, airborne), form supervisi monitoring penempatan pasien immunokompromise, dan form supervisi monitoring transfer pasien airborne.

BAB V

PENUTUP

5.1 Kesimpulan

1. Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (Komite PPI) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya memiliki tujuan meningkatkan mutu layanan rumah sakit melalui pencegahan dan pengendalian infeksi di rumah sakit. Terdapat 5 program besar PPI RSU Haji Surabaya yaitu Surveilans HAIs, Kewaspadaan Isolasi, Pencegahan Infeksi, Diklat dan Penggunaan Antibiotik Rasional.
2. Surveilans BSI yang dilakukan Tim PPI RSU Haji meliputi kegiatan pengumpulan data, kompilasi data, analisis data, interpretasi data, dan diseminasi data yang dapat digunakan sebagai evaluasi program pencegahan dan pengendalian infeksi. Pelaporan diawali dengan pasien yang terpasang alat invasif CVC (Central Vena Catheter) >48 jam kemudian observasi setiap hari oleh perawat dan atau IPCLN tiap ruangan dengan melihat apabila muncul gejala pada pasien dan melakukan pengisian pada form *bundle prevention*. Pencatatan setiap bulan dilakukan rekap dan dikumpulkan ke IPCN untuk selanjutnya dilakukan analisis, interpretasi dan diseminasi informasi.
3. Berdasarkan evaluasi pengisian *bundle prevention* diperoleh kelengkapan pengisian pada bulan Januari Tahun 2020 sebesar 57,35% dan diperoleh masalah utama dalam pelaksanaan surveilans BSI adalah ketidakpatuhan dari perawat dalam pengisian *bundle prevention CVC*. Berdasarkan diagram fishbone diperoleh beberapa penyebab masalah dan diberikan alternatif pemecahan masalah yang sesuai yaitu Program peningkatan pengisian *bundle prevention CVC* yang meliputi kegiatan peningkatan pengetahuan perawat dalam cara pemasangan CVC dan pengisian *bundle prevention* secara benar, pembuatan tim monitoring pengisian *bundle prevention CVC*, pembuatan sistem reward dan punishment serta perbaikan SPO pengisian *bundle prevention CVC*.

5.2 Saran

Bagi pihak Rumah Sakit Umum Haji Surabaya, diharapkan untuk:

1. Melakukan sosialisasi cara pemasangan CVC dengan benar dan cara pengisian *bundle prevention CVC* sesuai kondisi pasien
2. Membuat tim monitoring pengisian *bundle prevention CVC*

3. Memberikan pembekalan pada perawat yang tergabung dalam tim monitoring pengisian bundle prevention CVC
4. Membuat sistem *reward* dan *punishment* terkait pengisian bundle prevention
5. Memperbaiki SPO terkait jobdesk perawat dalam pengisian bundle prevention CVC

Harapannya dengan diterapkan alternatif pemecahan masalah diatas akan meningkatkan kepatuhan perawat dalam pengisian bundle prevention CVC serta secara tidak langsung akan mampu menurunkan angka kejadian BSI di RSUD Haji Surabaya.

DAFTAR PUSTAKA

- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. 2018. *Healthcare Association Infections* diakses melalui <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Healthcare-associated-infection-detailed-fact-sheet.pdf>
- Asia Pacific Society Of Infection Control (APUSIC).2015. *APUSIC Guide For Prevention Of Central Line Associated Bloodstream Infections (CLABSI)* diakses melalui <http://apsic-apac.org/wp-content/uploads/2016/09/APUSIC-CLABSI-guidelines-FINAL-20-Jan-2015.pdf>
- Biduco, daniella dkk. 2011. *Risk Factors for Catheter-Related Blood Stream Infections : a prospective multicenter study in Brazilian Intensive Care Units*. Sao Paulo: Elvisier
- CDC.2010. *Healthcare Association Infections* diakses melalui <https://www.cdc.gov/hai/bsi/clabsi-resources.html>
- Darmadi.2008. *Infeksi Nosokomial*. Jakarta : Salemba Medika
- Haque, dkk. 2018. Healthcare Association Infections- an Overview. *Infection and Drug Resistance Journal*
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 129 Tahun 2008 Tentang Standar Minimal Pelayanan Rumah Sakit
- Khalil, Ghada dan Mahmoed Mostafa Azqul. 2018. Risk Factors and Microbial Profile of Central Venous Catheter Related Blood Stream Infections in Medical Cardiac Care Units. *Egyptian Society of Cardiology Journal 70* : Elvisier.
- Laporan Kejadian Infeksi *Healthcare Association Infections (HAIs)* Rumah Sakit Umum Haji Surabaya Tahun 2015-2019
- Pawar, Mandakini dkk. 2004. Central Venous Catheter- Related Blood Stream Infections : Incidence, Risk Factors, Outcome, and Associated Pathogens. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia Vol 18*. New Delhi : Elvisier
- Pepin, Christopher dkk. 2015. *Risk Factor for Central Line-associated blood stream infections : A focus comorbid conditions*. Infect Control Hosp Epidemiol. Maryland : PMC.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2017 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Penyakit di Pelayanan Kesehatan
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit
- World Health Organization.2014. *Healthcare Association Infection: Factsheet*. Geneva: WHO Infection Control

World Health Organization.2011. *Report on the Burden of Endemic Health Care-Associated Infection Worldwide*. Geneva: WHO Infection Control diakses melalui https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/80135/9789241501507_eng.pdf;

Lampiran 1 Panduan Wawancara

Panduan Wawancara

Pengisian Formulir *Bundle Prevention* pemasangan CVC

1. Bagaimana sistem pengisian formulir *bundle prevention CVC* ?
(apakah pengisian dilakukan secara rutin?)
2. Siapa yang melakukan pencatatan formulir *bundle prevention CVC*?
3. Kendala apa saja yang dialami saat pencatatan formulir *bundle prevention CVC*?
4. Apa penyebab dari kendala tersebut?
5. Mengapa dalam *form bundle prevention CVC* terdapat item yang tidak terisi?
*tunjukkan jika ada item yang tidak terisi
6. Alasan tidak melakukan pengisian secara rutin?

Lampiran 2 Ceklist Kelengkapan Data Pasien Terpasang CVC (*Bundle Prevention BSI*)

RUANG :

BULAN :

NO	NAMA PASIEN	REGISTER	USIA	LAMA TERPASANG ALAT	KAMAR	ITEM PENCEGAHAN						GEJALA BSI			BSI		RTL
						1	2	3	4	5	6	0	1	2	YA	TIDAK	
1.																	
2.																	
3.																	
4.																	
5.																	
6.																	
7.																	
8.																	
9.																	
10.																	

Item Pencegahan BSI (*Blood Stream Infection*) :

1. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan CVC
2. Pemasangan dengan teknik aspetik SOP
3. Desinfeksi hub CVC dengan alkohol 70%
4. Teknik Aseptik saat injeksi / sambung tubing
5. Pergantian dressing secara aspetik
6. Lepaskan infus yang tidak perlu

Item Gejala BSI (*Blood Sream Infection*) :

0. Tidak ada tanda-tanda BSI
1. Kuman pada kultur darah
2. Demam $\geq 38^{\circ}\text{C}$, Hipotermia $\leq 36^{\circ}\text{C}$, Hipotensi, Apnoe, Nyeri tekan insersi, Luka insersi kotor dan basah, Pus, Kemerahan sekitar insersi

Surabaya,

**Mengetahui,
Kepala Ruangan**

(.....)

IPCN

(.....)

Lampiran 3 Hasil Wawancara dengan IPCLNTabel 2.1 Hasil wawancara terkait Pengisian Formulir *Bundle Prevention CVC*

No.	Ruang	Hasil Wawancara
1.	Paviliun 4	<p>Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada tanggal 15 Januari 2020 dengan perawat di ruang Paviliun 4, diperoleh jawaban sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengisian formulir <i>bundle prevention CVC</i> telah dilakukan secara rutin dan pengisian dilakukan oleh tiap perawat jaga sesuai dengan Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). b. Kendala dalam pengisian formulir <i>bundle prevention CVC</i> adalah pengisian secara online di aplikasi <i>Healthy Plus</i> belum dilakukan rutin. Pengisian secara manual tidak ada kendala. c. Penyebab kendala tersebut karena belum semua perawat mampu melakukan pengisian menggunakan aplikasi <i>Healthy Plus</i>. d. Pada ruangan paviliun 4 pada saat dilakukan observasi dan wawancara terdapat 1 pasien terpasang alat CVC dan diperoleh bahwa item gejala pada formulir <i>bundle prevention CVC</i> belum terisi. Berdasarkan wawancara diketahui bahwa alasan tidak terisi karena terlewat belum dicentang/ ceklist.
2.	Paviliun 3	<p>Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada tanggal 15 Januari 2020 dengan perawat di ruang Paviliun 3, diperoleh jawaban sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengisian formulir <i>bundle prevention CVC</i> telah dilakukan secara rutin dan pengisian dilakukan oleh tiap perawat jaga sesuai dengan Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). b. Tidak ada kendala dalam pengisian formulir <i>bundle prevention CVC</i> secara manual maupun pengisian secara online di aplikasi <i>Healthy Plus</i>.

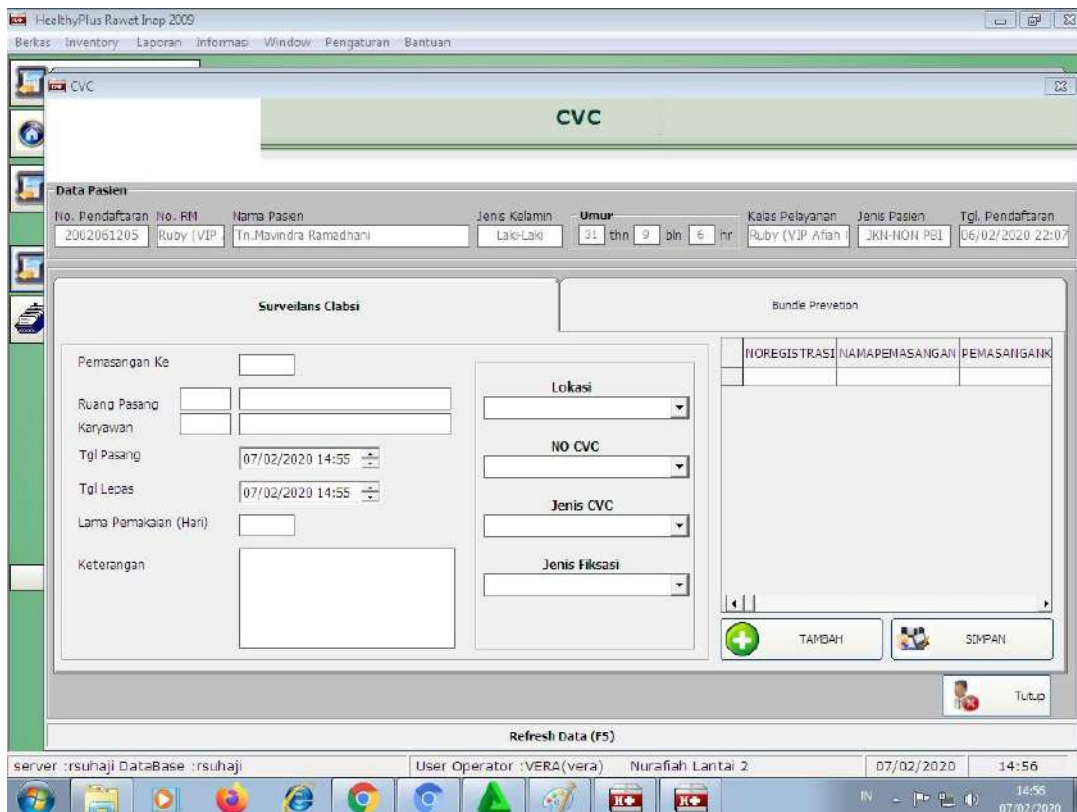
		<p>c. Pada ruangan paviliun 3 pada saat dilakukan observasi dan wawancara tidak terdapat pasien terpasang alat CVC sehingga tidak ditanyakan terkait item yang tidak terisi.</p>
3.	Hemodialisis	<p>Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada tanggal 22 Januari 2020 dengan perawat di ruang Hemodialisis, diperoleh jawaban sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC belum sepenuhnya dilakukan oleh perawat di ruangan HD, hanya sekitar 20% perawat yang mengisi. b. Kendala pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC yaitu karena dalam 1 bulan pasien bisa ke HD beberapa kali sehingga formulir <i>bundle prevention</i> CVC dapat berisiko hilang. c. Penyebab kendala tersebut karena formulir <i>bundle prevention</i> CVC di klip dijadikan satu dengan assessment, dan perawat yang bertanggung jawab terhadap pasien tersebut sekaligus harus mengisi formulir <i>bundle prevention</i> CVC tersebut. Assesment selanjutnya di masukkan ke status/ rekam medis pasien tersebut sedangkan formulir <i>bundle prevention</i> CVC masuk ke map IPCLN (kumpulan formulir <i>bundle prevention</i> CVC). Hal ini menyebabkan formulir <i>bundle prevention</i> CVC hilang. d. Pada saat dilakukan wawancara terdapat 2 pasien yang terpasang alat CVC di ruangan HD, diperoleh bahwa formulir <i>bundle prevention</i> CVC telah terisi lengkap <p>Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada tanggal 23 Januari 2020 dengan perawat lainnya di ruang Hemodialisis, diperoleh jawaban sebagai berikut:</p>

		<ul style="list-style-type: none"> a. Pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC belum sepenuhnya dilakukan oleh perawat di ruangan HD. b. Kendala pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC yaitu kesadaran dan kepatuhan yang kurang dari perawat. Sudah sering diingatkan tetapi masih tetap ada yang belum melakukan pengisian. c. Penyebab kendala tersebut adalah kurangnya pengawasan dan informasi terkait pentingnya melakukan pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC. Belum terdapat sistem <i>reward</i> dan <i>punishment</i>. Hal tersebut yang mendasari perawat di ruangan HD belum sepenuhnya merasa memiliki tanggung jawab terhadap pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC.
4.	Shofa 4	<p>Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada tanggal 22 Januari 2020 dengan kepala ruangan di ruang Shofa 4, diperoleh jawaban sebagai berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC secara manual 90% telah dilakukan secara rutin dan pengisian dilakukan oleh tiap perawat jaga sesuai dengan Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). b. Kendala dalam pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC adalah pengisian secara online di aplikasi Healthy Plus belum dilakukan rutin. Selain itu, kepatuhan perawat dalam pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC sesuai dengan kondisi pasien masih kurang. c. Penyebab kendala tersebut karena overload pekerjaan, perawat merasa pengisian 2 kali secara manual dan online (<i>Healthy plus</i>) kurang efektif dan komputer yang tersedia hanya 1 untuk pengisian Healthy Plus.

		<p>d. Pada saat dilakukan observasi dan wawancara di ruang shofa 4 tidak terdapat pasien terpasang alat CVC sehingga tidak ditanyakan terkait item pengisian yang kosong.</p>
5.	Al-Aqsha 5	<p>Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada tanggal 23 Januari 2020 dengan perawat di ruang Al-Aqsha 5, diperoleh jawaban sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC dilakukan oleh tiap perawat jaga sesuai dengan Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). b. Kendala dalam pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC adalah pengisian 2 kali dirasa kurang efektif. Pengisian secara online lebih efektif. c. Penyebab kendala tersebut karena overload pekerjaan. d. Pada saat dilakukan observasi dan wawancara di ruang Al-Aqsha 5 tidak terdapat pasien terpasang alat CVC sehingga tidak ditanyakan terkait item pengisian yang kosong. Selain itu, pasien terpasang CVC juga jarang ada di ruang Al-Aqsha 5.
6.	ICU	<p>Berdasarkan wawancara yang dilakukan pada tanggal 24 Januari 2020 dengan perawat di ruang ICU, diperoleh jawaban sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC dilakukan oleh tiap perawat jaga sesuai dengan Manajemen Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP). b. Kendala dalam pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC adalah belum semua perawat familiar/ belum paham dalam pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC dan pengisian secara online tidak dilakukan.

		<p>c. Penyebab kendala tersebut karena kurangnya sosialisasi cara pengisian formulir <i>bundle prevention</i> CVC. Pengisian online tidak dilakukan karena hanya ada 1 komputer atau komputer yang ada terbatas selain itu pengisian dengan online tidak bisa di edit lagi.</p> <p>d. Pada saat dilakukan wawancara di ruang ICU ditanyakan terkait item didalam formulir <i>bundle prevention</i> CVC yang tidak ada dan tidak terisi. Perawat tersebut menyatakan bahwa formulir <i>bundle prevention</i> CVC tidak ada di dalam status karena saat itu formulir habis dan belum sempat untuk di print. Sedangkan untuk item yang tidak terisi karena terlewat/kelupaan tidak di ceklist.</p>
--	--	---

Lampiran 4 Tampilan aplikasi online *Healthy Plus* : CVC



Lampiran 5 Absensi Magang

LEMBAR KEHADIRAN MAHASISWA MAGANG
S1 KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS AIRLANGGA
2020

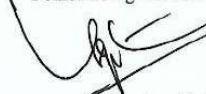
Tempat Magang : Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

NIM	Nama	Tanggal													
		6/1	7/1	8/1	9/1	10/1	13/1	14/1	15/1	16/1	17/1	20/1	21/1	22/1	
101611133070	Dewi Putri Sandrawati	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
101611133106	Rizki Nur Azizah	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
101611133118	Ainun Azizah R.	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
101611133127	Dinda Rizka Safitri	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP

NIM	Nama	Tanggal												
		23/1	24/1	27/1	28/1	29/1	30/1	31/1	3/2	4/2	5/2	6/2	7/2	
101611133070	Dewi Putri Sandrawati	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
101611133106	Rizki Nur Azizah	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
101611133118	Ainun Azizah R.	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP
101611133127	Dinda Rizka Safitri	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP	SAP

Surabaya, 7 Februari 2020

Pembimbing instansi












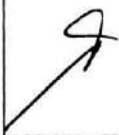

Dwiono Mudjiyanto, Ns., M. Epid.
NIP 19700418193021001









Lampiran 6 Lembar Catatan Kegiatan






Lembar Catatan Kegiatan Magang dan Absensi Magang

Nama Mahasiswa : Dinda Rizka Safitri
 NIM : 101611133127
 Tempat Magang : Komite Pencegahan dan Pengendalian Infeksi (PPI) Rumah Sakit Umum Haji Surabaya

Tanggal	Kegiatan	Paraf Pembimbing Instansi
Minggu ke-1		
6 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel Pagi 2. Pembekalan dan Orientasi RSU Haji Surabaya di Aula Roudhoh lantai 8 3. Memperkenalkan diri ke Komite PPI 4. Mempelajari Struktur Organisasi Komite PPI 	
7 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Penjelasan mengenai PPI dan program-program yang dilaksanakan di PPI 2. Mempelajari formulir bundle prevention 	
8 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Pemilihan topik magang 3. Mempelajari SPO tentang surveilans 4. Mencari literature terkait topik magang 5. Merekap data dan entry data terkait Kepatuhan APD 6. Membuat grafik terkait Kepatuhan APD setiap ruangan 	
9 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Membuat formulir Bundle Prevention <i>Blood Stream Infections (BSI)</i> 3. Mengerjakan laporan magang (Pendahuluan : gambaran umum RSU dan Komite PPI) 4. Membuat Laporan HAIs Tahun 2019 	
10 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Senam Pagi 2. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 3. Mempelajari pengisian ceklist CAUTI dan BSI 4. Observasi CAUTI ke ruang Jantung dan HD 5. Observasi BSI ke ruang HD dan Jantung 6. Membuat Laporan HAIs Tahun 2019 	

Minggu ke-2		
13 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apel pagi 2. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 3. Membuat Epi Info Formulir Bundle Prevention Surveillance IADP 4. Observasi BSI ke ruang Al-Aqsa 5 dan ICU 	
14 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Membuat Epi Info : Formulir Bundle Prevention Surveillance IADP 3. Membuat Kuesioner / panduan wawancara tentang sistem pencatatan dan pelaporan form bundle prevention pemasangan CVC 	
15 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Supervisi formulir bundle prevention CVC di ruang Pav 2, Pav 3, Pav 4, GNA Anak 2, Shofa 3 dan Shofa 4 	
16 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi formulir bundle prevention CVC di ruang NICU, ICCU, Al-Aqsa 6, Al-Aqsho 4 3. Mengikuti briefing mengenai SPO, alur pembuangan limbah dan pengisian ceklist pembuangan limbah dengan Cleaning Service dan bagian sanitasi 	
17 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Observasi formulir bundle prevention CVC di ruang marwah 4 dan marwah 3 3. Menginstall Epi info Surveilans IADP di ruang HD 	
Minggu ke-3		
20 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 2. Menyusun laporan magang 	
21 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi dan Evaluasi kegiatan hari sebelumnya 	

	2. Mengerjakan Laporan Kepatuhan APD tahun 2019	
22 Januari 2020	1. Briefing pagi 2. Observasi ke HD untuk wawancara dengan perawat mengenai pengisian formulir <i>bundle prevention CVC</i> 3. Melakukan wawancara dengan kepala ruangan di ruangan Shofa 4 terkait pengisian <i>bundle prevention CVC</i>	
23 Januari 2020	1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan sebelumnya 2. Observasi ke HD untuk wawancara dengan perawat mengenai pengisian formulir <i>bundle prevention CVC</i> 3. Mengerjakan Laporan Evaluasi Surveilans BSI di ruang HD 4. Melakukan wawancara dengan perawat di ruangan Marwah 4 dan Al-Aqsho 5 terkait pengisian <i>bundle prevention CVC</i>	
24 Januari 2020	1. Senam pagi 2. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan 3. Melakukan wawancara dengan perawat di ruangan ICU, Al-Aqsho 4 dan Shofa 3 4. Mengikuti acara persiapan kenaikan jenjang karir PK 3 untuk membantu penyebaran materi PPI	
Minggu ke-4		
27 Januari 2020	1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan 2. Membantu mendistribusikan surat dan proposal terkait pembentukan IV Team ke komite	
28 Januari 2020	1. Briefing pagi dan evaluasi kegiatan 2. Mengerjakan laporan hasil supervisi di area Laundry 3. Membantu mendistribusikan surat terkait penyampaian notulensi koordinasi tentang AirRO HD	
29 Januari 2020	1. Briefing pagi 2. Membuat Tabel Perbedaan Kriteria Pasien dalam Pengawasan dan Orang dalam Pemantauan 3. Supervisi oleh Dosen pembimbing 4. Mengerjakan laporan hasil supervisi di area Laundry	
30 Januari 2020	1. Briefing pagi 2. Mengerjakan laporan hasil supervisi CSSD 3. Mengerjakan laporan magang	

31 Januari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Senam pagi 2. Briefing pagi 3. Mengerjakan panduan penempatan pasien 	
Minggu ke-5		
3 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi 2. Mengerjakan laporan magang 3. Membantu membuat banner etika batuk 	
4 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi 2. Mengerjakan laporan magang 3. Membuat skenario kesiapan RS dalam menangani KLB 4. Mengerjakan laporan evaluasi pengisian form bundle CVC 	
5 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi 2. Membantu memasang X-banner etika batuk di ruang IGD 3. Mengerjakan laporan evaluasi pengisian form bundle CVC 4. Membantu menyiapkan dokumen untuk <i>desk akreditasi</i> 	
6 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Briefing pagi 2. Mengerjakan laporan HAIs Triwulan 3 Tahun 2019 3. Menyusun hasil laporan supervisi IPCN tahun 2019 4. Mengerjakan laporan evaluasi pengisian form bundle CVC 5. Membantu menyiapkan dokumen untuk <i>desk akreditasi</i> 	
7 Februari 2020	<ol style="list-style-type: none"> 1. Senam pagi 2. Mengerjakan laporan HAIs Triwulan 3 Tahun 2019 3. Merevisi laporan evaluasi pengisian form bundle CVC 	